

UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO
CENTRO DE CIENCIAS HUMANAS E NATURAIS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

ROBERTA SCARAMUSSA DA SILVA

A GENEALOGIA DE UM MESTRADO EM
SAÚDE COLETIVA

VITÓRIA

2007

ROBERTA SCARAMUSSA DA SILVA

**A GENEALOGIA DE UM MESTRADO EM
SAÚDE COLETIVA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Psicologia do Centro de Ciências Humanas e Naturais da Universidade Federal do Espírito Santo, como requisito para a obtenção do Grau de Mestre em Psicologia.
Orientadora: Prof^a. Dr^a. Angela Nobre de Andrade

VITÓRIA

2007

ROBERTA SCARAMUSSA DA SILVA
A GENEALOGIA DE UMA FORMAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Psicologia do Centro de Ciências Humanas e Naturais da Universidade Federal do Espírito Santo, como requisito para a obtenção do Grau de Mestre em Psicologia.

Aprovada em _____

COMISSÃO AVALIADORA

Prof^a. Dr^a. Angela Nobre de Andrade
Universidade Federal do Espírito Santo
Orientadora

Prof^a. Dr^a. Edinete Maria Rosa
Universidade Federal do Espírito Santo

Prof^a. Dr^a. Heloisa Szymanski
Pontifícia Universidade Católica – PUC/SP

AGRADECIMENTOS

À família, que jamais lerá essas páginas, mas me ensinou que uma **pergunta** pode ter **muitas respostas, ou nenhuma;**

À Ângela, pelos bons encontros e por me mostrar que a **Grécia** não está tão longe assim, falta somente o doutorado e um pós-doc;

À Maristela, Edinete e Inês pela **co-orientação, companheirismo e muitas trocas.**

Às amigas, que me não me deixaram sem **comida, cinema, piscina e livros;**

Às primas, que me ensinaram que **pensar não é tudo na vida, a vida é pra ser vivida;**

A mim mesma por descobrir que **pensar** me ajuda a **viver** melhor para os outros;

À vida, pelos **bons e maus encontros**, que me fizeram ser o que sou e **jamais serei novamente.**

RESUMO

No Brasil, as políticas de Saúde Pública foram até metade do século XX caracterizadas por práticas clientelistas, apoiadas num modelo de campanhas sanitárias em que se adotava um estilo repressivo disciplinar de intervenção médica sobre os corpos – tanto individuais quanto sociais. A partir de 1960, nota-se um intenso movimento popular por reformas em diferentes âmbitos sociais, visando implementar ações de resistência aos poderes instituídos. Entre esses, os de luta por transformações efetivas na área da Saúde em favor de uma reforma que suplantasse o modelo biológico, curativo e assistencial vigente, tendo seu ápice na década de 1980 com a Reforma Sanitária. O recente movimento denominado Saúde Coletiva configura-se, nesse contexto, objetivando romper com o discurso-práticas sustentado pelo modelo de Saúde Pública hegemônico. Tal campo de teorias e práticas compromete-se com a incorporação das Ciências Sociais à área da Saúde, com a ampliação do conceito de saúde, e com a autonomia dos sujeitos envolvidos no processo, resgatando os sentidos de política e público há tanto desvirtuados. A partir do exposto, objetivou-se desenvolver uma Avaliação Genealógica do Mestrado em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Espírito Santo (Ufes) tendo como referência o discurso de seus alunos em atuação nos serviços públicos de saúde. Foram entrevistados oito alunos de uma turma do mestrado. As entrevistas foram gravadas, transcritas e posteriormente discutidas com base na Análise do Discurso. Os enunciados foram reorganizados de acordo com três temáticas que se destacaram: a formação de graduação, a prática profissional no serviço público e a formação no Mestrado em Atenção à Saúde Coletiva. A genealogia do discurso produzido pelos alunos apontou para um permanente embate de forças nos quais alunos afirmavam a processualidade (sentido Ético) ou, ao contrário, a negavam através da imposição de saber (sentido Moral). De modo geral, no campo da produção de conhecimento – seja na formação de graduação ou na formação do Mestrado em Atenção à Saúde Coletiva –, houve o predomínio de práticas heterônomas (Morais). A incorporação do saber à lógica do mercado leva à fabricação de trabalhadores para atender as exigências do capital, ampliando o descompromisso com uma aprendizagem crítica e inventiva. O discurso evidencia a separação entre os conteúdos acadêmicos e a prática nos serviços de saúde pública, revelando-se em insatisfação com a atuação e na crença de que a formação permanente poderá levar às respostas para os desafios impostos pelo cotidiano de trabalho. No que se refere à prática profissional, a produção coletiva não acontece, e o saber do outro – seja do usuário ou do colega de trabalho – é constantemente negado ou desconsiderado. A prática multiprofissional mostra-se como mais um modismo imposto pela necessidade de se dar conta da complexidade da saúde em meio à fragmentação dos saberes. Contudo, embora de maneira menos evidente, em alguns momentos foi possível perceber tentativas de rompimento com as formas instituídas. Ainda que não se configurem como modos existenciais Éticos, abre-se um importante espaço para a emergência de novos modos de subjetivação capazes de engendrar novas formas de pensar e fazer em saúde.

Palavras-chave: Saúde Pública, Saúde Coletiva, formação, prática profissional em saúde.

ABSTRACT

In Brazil, the Public Health policies were, until half of the 20th century, characterized by clientism practices, based on a model of sanitary campaigns, in which it was adopted a repressive disciplinary style of medical intervention on the bodies, both individual and social. After 1960 is noted an intense popular movement searching for changes in different social areas to implement actions resisting the instituted powers. Among those, the attempts for effective transformations in the Health area, in favor of a reform that would overpower the biologic, curative and assistencialist model that existed, having its peak on the decade of 1980, with the Sanitary Reform. The recent movement, called Colective Health appears in this context to breach the speech-practical supported by the hegemonic model of Public Health. This field of theory and practice is committed with the entry of Social Sciences in the Health Science, with the widening of the health concept and with the autonomy of the subjects involved in the process, rescuing the meanings of politics and public lost so long ago. Based on that, was the objective to develop a genealogic evaluation of the Program of Master degree in Colective Health of UFES, based on the speech of its students that were currently working in the public health services. Were interviewed eight students. The interviews were taped, transcribed and discussed based on the Speech Analysis. The speech was organized according to three more recurrent themes: the undergraduate formation, the professional practice on the public service and the formation on the Master's Program. The genealogy of the speech produced by the students showed a permanent shock of forces in which the students stated the processuality (ethical meaning) or, in the contrary, the denial of it through the imposition of the knowledge (moral meaning). In a general way, in the field of the production of knowledge, either in the undergraduate formation or in that Master program, there was the predominance of heteronomous practices (moral). The incorporation of the knowledge to the logic of the market leads to the making of workers that follow the demands of the capitalism, increasing the non commitment with a critic and inventive learning. The speech evidences the separation between the academic contents and the practice on the public health services, reveling itself in dissatisfaction with the practice and the belief that the permanent formation might lead to the answers of the challenges imposed by the everyday job. Referring to the professional practice, the collective production does not happen, the knowledge of the other (either the coworker or the client of the health system) is constantly denied or ignored. The multiprofessional practice exists much more as something imposed by the necessity of coping with the complexity among the fragmentation of the knowledge. Even with that, thought less evident, in some moments it's possible to see some attempts of breaking through with the instituted forms. Even though it does not appear as an ethical ways of being, it opens an important place to the emerging of new ways to think and make health.

Key words: Public Health, Colective Health, formation, Professional practice in Health

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO.....	07
1 DIMENSÕES DA VIDA HUMANA.....	12
1.1 A Política e a Esfera Pública	12
1.2 A Moral Escrava e a Ética Aristocrática	16
1.3 A Educação.....	20
1.4 A Saúde.....	25
2 TECENDO REDES PARA UMA ANÁLISE HISTÓRICA.....	30
2.1 A Saúde Pública.....	30
2.2 A Saúde Pública no Brasil.....	35
3 UMA PERSPECTIVA EMANCIPATÓRIA.....	39
3.1 Coletivo — Produção de conhecimento que emerge no encontro.....	39
3.2 A Saúde Coletiva.....	43
3.3 A concepção de saúde.....	47
4 BREVE CONSIDERAÇÃO SOBRE A PÓS-GRADUAÇÃO NO BRASIL.....	56
4.1 A pós-graduação <i>stricto sensu</i> em Saúde Coletiva.....	60
4.2 O mestrado em Atenção a Saúde Coletiva.....	63
5 O OLHAR GENEALÓGICO.....	66
6 ASPECTOS METODOLÓGICOS.....	69
6.1 Objetivo Geral.....	72
6.2 Objetivos específicos.....	72
6.3 Participantes.....	73
6.4 Procedimentos.....	74
6.5 Tratamento dos dados.....	74
7 RESULTADOS.....	79
8 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	126
9 REFERÊNCIAS.....	132
APÊNDICE A – Modelo do Termo de Consentimento.....	139

APRESENTAÇÃO

A Saúde Coletiva é um movimento recente que se propõe a romper com um conceito de saúde reduzido ao par dicotômico saúde/doença, focado na figura hierarquizada do médico. A década de 1970 marca uma fecunda discussão teórica sobre as relações saúde e sociedade, que culminou na criação de dois fortes e atuantes espaços de resistência e análise da situação da saúde no país: o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes), inaugurado em 1976, e a Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (Abrasco), em 1979. O objetivo da formação de pós-graduação em Saúde Coletiva era capacitar os recursos humanos em saúde e formar profissionais capazes de atuar de forma polivalente, crítica e transformadora com conhecimentos na área de epidemiologia, planejamento e ciências sociais. Como vemos, o movimento da Saúde Coletiva caminhou enlaçado às transformações nas instituições de saber em saúde.

Em mais de 20 anos de existência da Saúde Coletiva, encontramos artigos discutindo as bases conceituais do movimento (BIRMAN, 1991; CAMPOS, 2000; MINAYO, 2001; PAIM; ALMEIDA-FILHO, 2000) e suas diferentes práticas, bem como avaliações sobre as pós-graduações na área (ALMEIDA, 2000; ALMEIDA et al 2004; MINAYO, 1997; MINAYO; COSTA, 1998; SÁ; SIQUEIRA; MARTELETO, 1999). Contudo, não foi observada nessas análises uma preocupação em investigar, como é o caso deste estudo, a construção sócio-histórica que culmina no discurso dos entrevistados. Consideramos que a Saúde Coletiva é tecida por fios da história no fluxo social. Nossas concepções e práticas em saúde também. Pensando desse modo, os questionamentos que emergem nesta dissertação são: como as

instituições de saber têm trabalhado os pressupostos da Saúde Coletiva? Afirmam a processualidade ou, ao contrário, a negam por meio da imposição de saberes prontos? Orientam-se por modos existenciais Morais ou pautam-se em numa existência emancipatória? Quais forças estão em embate nessa configuração e quais predominam?

Entendemos que, nas sociedades ocidentais, as instituições de ensino detêm um lugar de saber/poder no tecido social sustentado tanto pela lógica cientificista quanto pelo mercado neoliberal. Grandes autores - como Foucault, Morin, Nietzsche, Gattarri, entre outros - têm dedicado suas obras à discussão e à crítica ao paradigma cientificista hegemônico responsável pelo engendramento de práticas excludentes, especializantes e tidas como inquestionáveis e universais. Diversos artigos (AXT, 2004; COIMBRA; LEITÃO 2003; HECKERT, 2002; ROCHA; ROCHA, 2004; SIMÕES, 2004; ZANELLA, 2004) alertam para o aprisionamento das práticas educacionais a interesses do capital: as excessivas especializações, a exigência de produtividade, a pontuação, a concorrência, a utilização de modelos avaliativos pautados em realidades estrangeiras. Essas medidas comprometem seriamente a responsabilidade com um pensamento crítico, que vai na contramão da aceleração, da burocracia funcional e da competitividade.

As questões envolvidas neste trabalho partem das angústias e afetações advindas da experiência como estudante de graduação e pós-graduação, no que diz respeito aos diversos embates travados entre a lógica de mercado incorporada pela academia (produção, especialização, concorrência) e as incessantes tentativas de construção e manutenção de espaços verdadeiramente reflexivos, críticos e éticos.

Os estágios realizados em hospitais públicos e unidades básicas de saúde abriram um importante espaço de interlocução entre os conteúdos acadêmicos e o trabalho do psicólogo. A partir desses contatos, pudemos nos deparar de modo efetivo com os desafios da Saúde Coletiva - bem como com os desafios e entraves enfrentados pelos profissionais de psicologia nesse âmbito. Nesses momentos de experimentação, pudemos observar, na prática, as dificuldades em implementar as mudanças tão almejadas para a área da saúde advindas das lutas pela Reforma Sanitária e concretizadas teoricamente na Constituição de 1988. Também nos deparamos com pequenas vitórias cotidianas, que configuravam-se, para nós, como grandes conquistas.

A análise dos discursos dos alunos do Mestrado em Atenção à Saúde Coletiva objetiva investigar a emergência desse determinado discurso e não de outro em seu lugar - entendendo esse discurso como prática social à medida que está inserido num contexto social e histórico (FOUCAULT, 2005). Desse modo, não buscamos algo oculto ou a origem identificável das questões geradas pelos alunos, mas as relações travadas na história.

A experiência da pesquisa foi gratificante. Ela nos possibilitou estar em contato com profissionais de diferentes áreas de atuação, ouvir suas considerações sobre a formação e as práticas em saúde, observar a força de modelos morais instituídos ao longo da história e como se perpetuam na falas dos alunos. Nos possibilitou observar, também, ainda que de forma mais sutil e marginal, a emergência de forças instituintes capazes de romper com o pronto e propor algo novo, da ordem da criação.

Esperamos que a pesquisa contribua para uma problematização da formação profissional e das práticas em saúde. A quem atendemos? Qual é nosso compromisso? São questionamentos necessários ao exercício de um pensamento comprometido com a ética.

No primeiro capítulo da revisão teórica “**Dimensões da vida humana**”, resgatamos em Arendt (2005) os sentidos de política e público gregos desvirtuados por nossas sociedades ocidentais. Nesse mesmo capítulo, buscamos, em Nietzsche, diferenciar os conceitos de Ética e Moral, entendidos pelo autor como modos existenciais que, juntamente com os sentidos de política, público e coletivo, nos permitiram tecer redes para o pensar sobre as práticas em saúde e educação, temas centrais deste trabalho.

No segundo capítulo, “**Tecendo redes para uma análise histórica**”, tentamos buscar na história elementos constituintes da Saúde Pública como campo de saber e poder. Partimos das contribuições de Foucault sobre o surgimento da Medicina Social, avaliada como um movimento de fundamental importância para a posterior configuração do campo da Saúde Pública. Seguimos nossa análise no Brasil descrevendo e avaliando o cenário que culminou no movimento da Reforma Sanitária, marcando um período de intensos embates e transformações.

No terceiro capítulo, “**Uma perspectiva emancipatória**”, continuamos a percorrer os múltiplos fios tecidos pelo movimento da Reforma Sanitária, sendo a Saúde Coletiva uma dessas resultantes. Partindo de uma perspectiva de ruptura com o modelo tradicional em saúde – Saúde Pública –, procuramos discutir em que medida o

recente campo nomeado Saúde Coletiva implica em discursos e práticas emancipatórias.

Em seguida, o capítulo intitulado “**A pós-graduação no Brasil**” contextualiza o momento histórico que culminou no investimento do Estado em formação pós-graduada em nível *stricto sensu*. Visando nos aproximar de nosso objeto de análise, destacamos a história dos mestrados em Saúde Coletiva e caracterizamos sua relevância para o fortalecimento do movimento no país. Apresentamos, também, avaliações já realizadas sobre os cursos - considerando-as como elementos importantes para posterior discussão dos dados. Ainda no mesmo capítulo, descrevemos o Mestrado em Atenção à Saúde Coletiva da Universidade Federal do Espírito Santo (Ufes), foco desta pesquisa, seus objetivos e características principais.

Finalmente, situamos para o leitor, no capítulo “**O olhar Genealógico**”, a nossa proposta de análise do discurso dos alunos de um mestrado em Saúde Coletiva. Esclarecemos a que se propõe a perspectiva genealógica e em que medida ela orienta este trabalho.

1 DIMENSÕES DA VIDA HUMANA

1.1 A política e a esfera pública

Faz-se importante iniciar uma discussão sobre Saúde Pública e Saúde Coletiva com um resgate histórico dos conceitos de política e esfera pública, descaracterizados pela lógica neoliberal capitalista e sua atual configuração.

A filósofa Hannah Arendt (2005) buscou as origens do sentido de política na proposta de democracia da antiga *pólis* grega, quando encontramos, pela primeira vez, um grupo mais amplo de cidadãos deliberando sobre suas leis e modificando-as com base em discussões e confrontamentos.

Até aquele momento, as decisões eram centralizadas na figura do monarca/imperador. Para uma sociedade discutir/deliberar sobre suas normas, é necessário um espaço público, cuja emergência significa a criação de um domínio comum, pertencente a todos. Na Grécia, o espaço público e político era um benefício restrito aos homens livres, pois, segundo as crenças da época tanto as mulheres quanto as crianças e os escravos estariam excluídos porque regidos pela lei da 'necessidade'. Essa norma se caracterizava pela dependência a um patriarca ou pela falta de propriedades, o que desqualificava mulheres, crianças e escravos para a participação no espaço público e de livre comunicação entre iguais.

"[...] é que a liberdade situa-se exclusivamente na esfera política; que a necessidade é primordialmente um fenômeno pré-político, característico da organização do lar privado; e que a força e a violência são justificadas nesta última esfera por serem os únicos meios de vencer a necessidade – por exemplo, subjugando escravos – e alcançar a liberdade. Uma vez que todos os seres humanos são sujeitos à necessidade, têm o direito de empregar a violência contra os outros; a violência é o

ato pré-político de libertar-se da necessidade da vida para conquistar a liberdade no mundo (ARENDT, 2005, p. 40).

A liberdade é o que diferenciava o espaço público do espaço privado. Para a autora, na esfera familiar, os homens eram compelidos a viver juntos por suas necessidades e carências. Os homens tinham a tarefa de suprir as necessidades individuais (alimentação da família), e às mulheres cabia a tarefa de garantir a sobrevivência da espécie (procriação). “Ser livre significava ao mesmo tempo não estar sujeito às necessidades da vida nem ao comando de outro e também não comandar” (ARENDT, 2005, p. 41). Desse modo, a lógica imposta pelos governos totalitários, focada nos conceitos de submissão e dominação, pauta-se na tentativa de suprir as necessidades por meio da violência; por isso, não pertencem à esfera pública, mas são tidos como pré-políticos, pertencentes à esfera privada.

Na *pólis*, o homem só existia politicamente quando se manifestava diante de outros iguais. Trata-se aqui da compreensão aristotélica de homem como animal político, semelhante a um ator que, ao atuar, se expõe ao público; ele é visto, ouvido e julgado pelos espectadores. Para Arendt (2005), o termo público refere-se ao próprio mundo, à medida que é o espaço comum a todos, lugar no qual nos encontramos uns com os outros sem, contudo, colidirmos. Nesse sentido, a esfera pública caracteriza-se pela diversidade de olhares sobre o mundo, significando ser visto e ouvido por outros que vêem e ouvem de ângulos distintos.

Em sua análise, a autora diferencia as três dimensões da política: a **pluralidade**, vista como a afirmação da alteridade¹; a **ação**, como a capacidade dos homens, em conjunto, de poder criar algo novo; e o **discurso**, como a expressão da opinião de um coletivo. Desse modo, a **pluralidade** apresenta-se em duplo aspecto: igualdade e diferença, sendo ambas condições básicas para o exercício político. A igualdade permite que os homens se compreendam, planejem o futuro e prevejam necessidades; já as distinções permitem aos homens agirem e discutirem – o que seria desnecessário se todos tivessem a mesma constituição – e, é esse espaço de discussão que possibilita a emergência do novo.

Agir significa tomar iniciativa, imprimir movimento a alguma coisa. O homem, ao nascer, é impelido à ação, sendo de sua natureza começar algo novo a partir de coisa alguma que tenha ocorrido antes. Nesse sentido, o conceito de causalidade é estranho a essa noção de política tratando-se de um advento das ciências naturais, que traz para o campo da política as noções duais de causa-efeito e sujeito-objeto (ciência política). Arendt (2005) lembra que a política, em seu sentido primordial, não se constitui como uma concepção de ciência tecno/racionalista², à medida que não visa à afirmação de verdades – a imprevisibilidade é inerente ao político.

¹ O conceito de alteridade aqui utilizado refere-se a “um modo de pensamento em que o mundo é concebido em permanente transformação; a imanência da vida está na produção de diferença – processos de diferenciação – e não na estabilidade. Ou seja, não existe uma ordem à qual se fará contrapor um caos, mas transformações sucessivas em velocidade infinita com a qual as formas surgem para desaparecer em seguida, dando lugar a outras formas, outras conexões. Um processo contínuo de engendramento” (ROLNIK, 1994, p. 45).

² Neste estudo, Ciência e cientificismo ou pensamento científico/racionalista não serão entendidos como sinônimos. O conhecimento científico caracteriza-se justamente por sua ‘falsifiabilidade’, ou seja, por sua possibilidade de ser refutado. Ao contrário disso, o cientificismo é a forma hegemônica pela qual a lógica científica opera na contemporaneidade, postulando o estatuto de detentora de uma verdade universal e inquestionável corroborada pelo discurso especialista e por técnicas instrumentais de verificabilidade e objetividade (MORIN, 1998).

Assim, as opiniões, na *pólis*, não tinham que imprimir um caráter de verdade, mas serem capazes de fundamentar propostas de ação coletiva, passíveis de suscitar consenso por atenderem a interesses majoritários. Quando o pensamento cientificista ocidental se apropria da política, ela perde seu caráter inovador, restringindo as ações ao Estado e submetendo os incultos às opiniões provenientes dos detentores do discurso sobre a verdade. Ou seja, esse modelo de pensamento delega o exercício das funções da vida pública a um grupo restrito de especialistas. O lugar do saber/opinião torna-se cada vez menos acessível à maior parte das pessoas, por elas não terem acesso à superespecialização e a técnicas cada vez mais específicas. Nesse sentido, quando um sujeito transfere sua participação para um representante, ele está abrindo mão de seu direito humano mais político - o da opinião, da discussão e do exercício da vida pública.

Desse modo, a autora entende que é por meio de palavras e atos que nos inserimos no humano, pois, ao agirmos (política) no mundo (espaço público), estamos praticando a verdadeira liberdade, nos arriscando e nos permitindo construir algo na processualidade. Em regimes totalitários, o exercício da política não é possível, pois esses regimes se comprometem com uma racionalidade de sistemas fechados, buscando silenciar a singularidade/diversidade e conformando um pensamento hegemônico modelar. Nesse processo, há a perda da identidade política por meio de um isolamento que impede o homem de agir e discutir, retirando-o dos espaços públicos.

Na contemporaneidade, os espaços públicos são reduzidos a espaços sociais, nos quais acontecem encontros³ - não ocorrendo, entretanto, a produção de embates visando à ação. Os espaços privados foram supervalorizados, fechados em um conjunto de famílias economicamente organizadas de forma a constituírem uma única família: a nação. As necessidades privadas, sobretudo as de consumo, de bens e de afeto, impedem o homem moderno de exercer a liberdade, e, por sua vez, a política (NASCIMENTO, 1992). Dessa forma, tendo como referência a obra de Arendt (2005), pensamos a saúde como um engendramento político, visto remeter-se à vida: a doença surge como um retorno às necessidades (escravidão); e a saúde, como exercício da autonomia, que permite o agir humano responsável pela transformação da realidade e do próprio adoecimento.

1. 2 A Moral Escrava e a Ética aristocrática

Como exposto, Arendt (2005) concebe a “necessidade” como um fator desqualificador que culmina na escravidão e na perda de autonomia e que impede o exercício político. Em sua obra, Nietzsche refere-se ao agir humano como a afirmação da potência e defende a idéia de que atividade humana não emerge da “necessidade”, mas da “plenitude”. Reduzir o agir a querer livrar-se de uma insatisfação é, para o filósofo, a expressão da Moral dos escravos e se contrapõe à Ética aristocrática, que pressupõe uma atividade livre e criadora. Da mesma forma, Espinosa, já no século XVII, estabeleceu uma relação entre Ética e vida que se

³ Encontro aqui se refere ao seu sentido mais usual: deparar-se uns com os outros num meio comum.

contrapõe à Moral e sobrevivência. A Ética seria o exercício de liberdade, onde a potência de agir aumenta e é contrária à servidão (MACHADO, 1984).

A ética estaria referida a juízo de apreciação, um **exercício de pensamento** e escolha entre o que seria considerado como **bom** e como **mau**. Moral é uma palavra que vem do latim – *mores* – e significa costumes, configurando-se como as **regras** e **valores** sociais, um **conjunto prescritivo** baseado em concepções de **bem** e de **mal** [...] (MACHADO, 1999, p. 148).

Machado (1999) explica que bem e mal são substantivos, ou seja, designam a substância de um ser, sua qualidade. Dessa forma, a idéia de bem/mal remete a um plano transcendente, que está fora do sujeito, algo pronto, tido como verdadeiro e que sugere obediência. Já bom/mau são adjetivos e, por isso, caracterizam os objetos indicando-lhes um modo de ser. As concepções de bom/mal podem ser pensadas no plano da imanência, ou seja, como algo que é próprio da vida.

Nietzsche elabora sua crítica justamente apontando a existência de uma dupla origem dos valores morais e de uma oposição histórica entre os mesmos, referindo-se à Moral Aristocrática ou Ética e à Moral Escrava. A primeira diz respeito a valores imanentes, à “ética dos modos de ser das forças vitais que define o homem por sua potência, pelo que ele pode e pelo que ele é capaz de fazer”. Em contrapartida, a Moral Escrava é uma moral propriamente dita, “um sistema de juízos em termos de bem e de mal considerados como valores metafísicos” (MACHADO, 1984, p.69)

A Ética é a afirmação de si mesmo como potência criadora de valores e a predominância de forças ativas. A Moral é o predomínio das forças reativas, o momento no qual o homem torna-se um animal doméstico – “ave de rapina em cordeiro”, como afirma Nietzsche, metaforicamente. Uma das características da

Moral Escrava é o ressentimento; o ressentido culpa o outro pela sua falta, pelo que ele não é ou não pode. Outra característica da Moral é ser envenenadora da vida, por ser niilista – vontade de nada, negação da vida –, ou seja, os “instintos de decadência” predominam sobre os “instintos de expansão”, e a vontade de nada vence a vontade de viver. Para Nietzsche, é próprio do homem querer sempre mais potência, e isso significa tanto expandi-la quanto conservá-la. A vida deseja o máximo de potência: “a natureza da vida é a vontade de potência” (NIETZSCHE apud MACHADO, 1984, p.78). Ao contrário, quando há o predomínio de um instinto de defesa e de conservação, Nietzsche (2000) o denomina de ideal ascético; este desvaloriza a vida, transformando-a num mero passaporte para uma vida além desta, e faz dos ressentidos os próprios culpados, originando a idéia de pecado e tornando a existência um fardo a ser carregado.

O filósofo alemão levanta a questão: qual o valor da invenção humana do Bom e do Mau? Esses valores obstruíram ou favoreceram o prosperar da humanidade? Faz-se necessária, então, uma avaliação do “valor dos valores” morais. O juízo bom estaria, em seu princípio, associado ao nobre, a homens distintos, fortes e cujas ações eram consideradas boas, independentemente de sua utilidade. O juízo mau/ruim designava os homens baixos, vulgares e seu respectivo fazer. No entanto, num segundo momento histórico, marcado pelo pensamento judaico-cristão, houve uma inversão desses valores. Deixa-se de afirmar a diferença, a criação, a atividade, e passa-se a valorar as ações humanas a partir de um julgamento pautado na manutenção da igualdade e da necessidade. (MACHADO, 1984; AZEREDO, 2000).

A grande insolência de Nietzsche é proclamar, contra a exigência, contra o ideal de moralidade que rege nossas sociedades, que o homem moral nem é melhor, nem mesmo é propriamente bom; é apenas fraco, negativo, reativo. ‘Chamar

domesticação de um animal seu *melhoramento* soa aos nossos ouvidos quase como uma piada' (MACHADO, 1984, p. 82).

Indo além, o filósofo aponta em que sentido o entendimento da vida concebida como vontade de potência pode nos ajudar a refletir sobre a questão da ciência, à qual ele chamou de “vontade de verdade”. Para esse autor, o cientificismo supõe o mesmo empobrecimento da vida imposto pela Moral Escrava. O modelo racional científico nada mais é do que a forma mais recente e elevada do ideal ascético. A vontade de verdade reproduz o ideal de uma vida melhor, de um mundo verdadeiro; por isso, como a Moral, nega a vida: “A vontade de verdade é uma crença – crença na superioridade da verdade” (NIETZSCHE apud MACHADO 1984, p. 89).

Nietzsche, como entendido por Brum (1986), concebe o conhecimento como uma atividade específica da espécie humana, estando ligada às suas necessidades de conservação e preservação vital. O conhecimento seria um fazer que remete à vida e não tem qualquer relação com a perspectiva transcendente, sendo o homem o único doador de sentido para ele. Portanto, para o filósofo, o conhecimento é um instrumento de potência que só pode ter como objeto as criações humanas. Nietzsche entende a ciência como uma ferramenta humana que auxilia na **designação** – e não na explicação das coisas através de suas regularidades, categorias e previsões. Quando elege a designação como própria da ciência, está negando o entendimento dela como desveladora das essências de um objeto. Não há uma explicação sobre o objeto como se algo já fosse dado *a priori*; mas há a construção, utilizando-se dos aparatos científicos, de um mundo que é, também, produto desse processo de construção. Tal visão se opõe, radicalmente, ao racionalismo, que concebe o conhecimento como apreensão incondicional da

verdade, como a idéia de um mundo verdadeiro e à parte, independente de nossa experiência.

1.3 A Educação

Nietzsche, de acordo com Veiga-Neto (2003), defende, para a educação, uma concepção do homem como construtor de sua própria história e doador de sentido para o conhecimento. Foucault, assim como Nietzsche e, de certa forma, inspirado por sua obra, também problematizou a questão do conhecimento e sua estreita relação com a verdade. A educação não foi o foco das investigações de Foucault; no entanto, podemos acompanhar seu pensamento sobre essa área de forma transversal. O sujeito é compreendido não como algo dado, mas como algo produzido por diferentes tipos de saberes, por relações de poder e por relações que cada um estabelece consigo mesmo. Já a maior parte das correntes pedagógicas entende o sujeito como algo preexistente, como um *a priori*, a ser treinado e educado. Para esse autor, a Educação Ocidental funciona como um conjunto de dispositivos e estratégias capazes de subjetivar, ou seja, de constituir/fabricar os sujeitos. Para a pedagogia, a educação funciona para transformar algo que estava sempre ali, algo que já existia e estava à espera de ser realizado.

O pensamento hegemônico sobre a educação é caracterizado pelas certezas prontas dos dogmatismos de toda ordem, que crêem numa verdade revelada seja por Deus, pela natureza ou pela história, como as visões religiosas e o positivismo. Nessa perspectiva, a educação também é afetada pela crença na busca das

certezas prontas das novidades, que são anunciadas a todo momento e que propõem sempre uma nova visão, uma nova verdade que substituirá os dogmatismos vigentes - produzindo outros de igual teor. Essas certezas ou verdades têm, para o filósofo, relação com a vontade de poder, o que exigiria uma reavaliação de todos os valores através da genealogia⁴, ou seja, de uma crítica histórica do valor dos valores. A verdade é uma interpretação dada em certa época, adaptada ao modo de ser humano; já o poder opera por meio de discursos, produzindo e reproduzindo verdades.

Essa estreita relação poder/saber é o principal constituinte da sociedade disciplinar denunciada em *Vigiar e Punir* (FOUCAULT, 2002). Dessa forma, aparelho jurídico, medicina, psicologia, pedagogia, entre outros, são saberes instituintes⁵ de um olhar vigilante normalizante e disciplinador dos indivíduos que atuam como produtores contumazes de corpos dóceis. Em nossa sociedade, sustentam a moral dominante e respondem às necessidades capitalistas de produtividade, capacitação e especialização. Os indivíduos são avaliados em função de uma suposta normalidade, herança platônica responsável pela supervalorização das semelhanças em detrimento das diferenças. Nas escolas, esses procedimentos disciplinares funcionam como mecanismos de ajustamentos e também como operadores

⁴ “Genealogia é um conceito Nietzscheano e remete a uma análise histórica das condições políticas de possibilidade dos discursos” (MACHADO, 1984, 188). Esse conceito será retomado detalhadamente na p.63.

⁵ A organização da vida em sociedade é produto da invenção humana e, como tal, está em constante movimento de construção e desconstrução, num devir que não cessa de ser produzido. Na tentativa de garantir certa estabilidade para a organização social, algumas dessas produções tornam-se extremamente cristalizadas. [...] A Análise Institucional denomina essa cristalização como “instituído” que serve para regular as atividades humanas, essenciais para a vida em sociedade. Conjuntamente a essa dimensão instituída, o movimento de criação continua existindo, sendo então denominado como “instituinte”, ou seja, uma abertura para a experimentação do novo e para questionamento das regras que estão em funcionamento. É do enfrentamento entre o que se encontra instituído e os movimentos instituintes que as transformações sociais vão se efetuando (MANSANO, 2003 p. 156)

pedagógicos – treinamento, avaliação, testes e correção. (ARAÚJO, 2000; FOUCAULT, 2002; 2003).

Como avaliam diversos autores (ARALDI, 2004; GADELHA-COSTA, 2005; HECKERT, 2000;2002; KASTRUP, 2005), em nossa sociedade, o conhecimento é tido como a memorização e a reprodução de verdades dadas pela cientificidade, sob a forma de reconhecimento ou representação. O homem, por meio da formação, é orientado ao culto dos valores existentes, e não à criação de novos valores ou ao questionamento dos apresentados. Nossas escolas têm favorecido o questionamento acerca do sentido e do valor da vida em cada aluno? Em movimento inverso, a escola, pressupondo que os alunos têm interesses e capacidades comuns, aplica um modelo único atendendo à demanda dos valores capitalistas, por meio do encaminhamento de alunos para a Universidade e daí para o mercado profissional. Esse modelo, centrado na competição, na excelência, na especialização e na velocidade das informações, é um dos mecanismos responsáveis pela produção dos males do século na educação: déficit de atenção, hiperatividade, estresse e problemas de aprendizagem diversos. Todos eles muitos bem acolhidos, diga-se de passagem, pela neurologia, pela psiquiatria e pela psicologia, entre outros saberes.

Desse modo, Barros (2006) nos convida a pensar sobre os diversos sentidos atribuídos ao conceito de formação. A formação dos trabalhadores, seu “treinamento”, é entendida, muitas vezes, como transmissão de um conjunto de conhecimentos atribuídos a uma “verdade”. Essa racionalidade faz com que os trabalhadores devidamente instrumentalizados sintam-se capazes de cumprir seu

papel de forma eficaz. Tal entendimento oculta o caráter político e social dos processos formativos, que, aprisionados aos moldes cientificistas, se tornam isentos do envolvimento político. Não se procura uma análise das matrizes sócio-políticas norteadoras dos postulados conceituais que sustentam tais práticas de formação e o que essas práticas produzem.

Essas práticas, em outros termos, nutrem a subjetividade-especialismos, descartando tudo o que não é autorizado por essa ideologia cientificista. Nesse sentido, '[...] o discurso competente, como discurso normalizado, exige a interiorização dos seus princípios, pois não interiorizá-los é ser considerado incompetente'. Os especialismos como discursos do conhecimento 'competente/onipotente' promovem, freqüentemente, o reconhecimento incontestado da incompetência dos humanos como sujeitos sociais e políticos. Descartam-se aí as experiências/construções cotidianas dos trabalhadores (BARROS, 2006, p. 135).

Barros (2006) explica que a subjetividade-especialismos são modos de subjetivação que operam por meio da desqualificação e/ou da negação do que não é reconhecido pela academia, invalidando os saberes construídos cotidianamente nos ambientes de trabalho. Refere-se à desqualificação do que não está de acordo com o pensamento autorizado nos seus respectivos campos de saber. Para a autora, os especialismos “se distinguem de especialidades e têm o sentido de uma prática que se autoriza como o único discurso possível sobre determinados temas, desqualificando aqueles que não seriam autorizados pela academia” (BARROS, 2006, p 135).

Entre os múltiplos sentidos atribuídos ao termo *formação*, Barros (2006) destaca dois recorrentes: o que se refere à competência técnica, impregnado da idéia de habilidades e instrumentalização adquiridas; e o referido ao compromisso político, uma “consciência crítica” que permitiria aos profissionais a interferência nos processos sociais. A autora, ao contrário, defende a indissociabilidade entre os sentidos técnico e político. Para ela, as tecnologias utilizadas pelos profissionais em

seu trabalho não são assépticas, mas mediadas por afetações, desejos, pela história. Outro sentido atribuído à formação remete à sua associação com a prática - muitas vezes entendida como a intervenção efetiva sobre “problemas concretos” da sociedade, visando solucioná-los. Atualmente, os currículos formativos dos cursos superiores tendem a preconizar e a defender o predomínio da prática em detrimento dos conteúdos teóricos. Essas separações servem apenas para reforçar as unidades e totalizações das ações, dificultando a inventividade nos processos de trabalho.

Pensar a educação a partir da inspiração foucaultiana seria “operar deslocamentos no pensamento”. Seria imaginar e criar novas políticas do corpo, que proporcionem autonomia e o reconhecimento do caráter inacabado das instituições, dando chance para a emergência da inovação e a experiência de afirmação da diferença⁶ (VEIGA-NETO, 2003, p. 23). No mesmo sentido, Barros (2006) propõe desnaturalizar a instituição formação, instituindo modos de subjetividade que ampliem as possibilidades de vida e escapem às serializações. Sugere a produção, junto aos envolvidos no processo de formação, de uma política de invenção na qual se mantenha vivo o aprender a aprender. Como proposto por Kastrup (1997), a prática profissional não pode fazer com que se perca a condição de aprendiz. A prática profissional e a formação não devem ser entendidas como momentos sucessivos, mas devem coexistir sempre.

Trata-se então de seguir sempre um caminho de vai-e-vém, inventar problemas e produzir soluções, sem abandonar a experimentação. A opção por este caminho implica ter coragem de correr os riscos do exercício de uma prática, mas também a coragem de suspender a ação e pensar. É o exercício de uma coragem prudente. É desconfiar das próprias certezas, de todas as formas prontas e supostamente

⁶ “Diferença é um conceito elaborado por Deleuze e Gattari que não se remete a uma noção de identidade – ‘eu sou diferente daquilo’ -, mas sim, a forças em tensão que nos afetam e que se produzem em nós, e que nos fazem sempre diferir em relação a nós mesmos” (ZORZANELLI, 2000, p 293).

eternas, e, portanto inquestionáveis, mas é também buscar saídas, linhas de fuga, novas formas de ação, ou seja, novas práticas cujos efeitos devem ser permanentemente observados, avaliados e reavaliados (KASTRUP, 1997, p. 11)

1.4 A saúde

O pensamento sobre a saúde, também instituído/instituinte da lógica poder/saber, reproduz, por meio da medicina, o discurso do racionalismo cartesiano e do positivismo científico. Pautada na lógica da verdade universal e da “psicologização” dos indivíduos e de seus problemas, a racionalidade técnico-científica retira o caráter político dos conflitos sociais emergentes no cotidiano das populações, produzindo sua dependência às intervenções disciplinares dos especialistas “dotados” de um “saber oficial” sobre a saúde (ANDRADE; 2007, no prelo).

Assim como na educação, a tendência à normalização e à adaptação dos sujeitos é refletida no discurso da medicina sobre a saúde. Muitos autores (COSTA, 1983; MERHY, 1985; IYDA, 1994; SILVA JÚNIOR, 2003) já relataram, em suas avaliações, das práticas em Saúde Pública, a excessiva imposição de ações de controle sobre a população. Na sociedade disciplinar, os dispositivos de regulação incidem sobre os corpos como força motriz de trabalho, objetivando a imposição de hábitos e preceitos higiênicos, através de práticas e discursos sobre alimentação, cuidado com a prole, educação física, moral, intelectual e sexual (ANDRADE, 2007, no prelo).

Tesser (2006) denomina “epistemicídio moderno” as excessivas práticas medicalizantes que têm retirado do homem a responsabilidade sobre seu próprio

comportamento sob o impacto da dor. Para o autor, esse meio medicalizado deixa o homem desamparado e impotente frente ao sofrimento, sendo seu único recurso entregar-se ao tratamento médico. O indivíduo, nessa rede, passa a ser um mero consumidor de anestésias, cirurgias e remédios. A saúde, por sua vez, passa a ser encarada como obrigação e como uma obsessão do cidadão moderno. As práticas de saúde autônomas, ou seja, aquelas realizadas pelo indivíduo em seu meio social, dão lugar, exclusivamente, a ações heterônomas – realizadas e controladas por agentes profissionais institucionalizados.

No caso da atenção à saúde, a ação especializada, em vez de promover a autonomia do doente, para que esse possa necessitar menos de novas ações heterônomas e melhor usufruir de ações eventuais ou necessárias, destrói a autonomia, reivindicando submissão, alimentando a dependência e a compulsão ao consumo, gerando mais demanda por atenção heterônoma, comprometendo, por fim, a sua própria efetividade e eficácia geral (TESSER, 2006, p.3).

Nogueira (2003) apresenta as considerações feitas por Ivan Illich a respeito de sua própria obra “Nêmesis da Medicina”, publicada em 1975, na qual empreendia veemente crítica à medicina moderna. Conta que, em Nêmesis, o autor concebia a medicina institucionalizada como uma ameaça à saúde. Foram destacados três tipos de iatrogênese: a iatrogênese clínica, provocada pelos próprios cuidados com a saúde (falta de segurança, excesso de drogas); a iatrogênese social, resultante de uma crescente dependência da população em relação às drogas e aos modelos de prevenção e cura impostos pela medicina, sendo esta a responsável pela perda da autonomia dos indivíduos e pelo conseqüente apassivamento diante da autoridade médica; e, finalmente, a iatrogênese cultural, ou a perda da capacidade da população de lidar de forma autônoma com a dor, a enfermidade e a morte.

Illich, doze anos mais tarde, em revisão de sua obra, considera que o maior agente patogênico da atualidade é a busca por um corpo sadio, e acrescenta ao seu conceito de iatrogênese cultural o aspecto da “busca patogênica pela saúde”. Essa busca incorporou-se ao estilo altamente tecnificado da contemporaneidade, e não se sustenta unicamente pelo modelo médico tradicional. As medicinas alternativas, as concepções ambientalistas, a mídia e as correntes de auto-ajuda têm influenciado mais os leigos que os próprios médicos.

Portanto, a relativa importância da Medicina Institucionalizada dentro do setor da saúde vem diminuindo. Uma mistura curiosa de práticas de auto-cuidado, ao mesmo tempo opinativas e detalhadas, juntas com um entusiasmo ingênuo pelas tecnologias sofisticadas, tornam os esforços e atenção pessoal dos médicos cada vez mais frustrantes. Suspeito que a contribuição da Medicina à busca patogênica da saúde é um fator menor hoje em dia.” (ILLICH apud NOGUEIRA 2003, p. 188)

Para o autor, houve uma desmedicalização da saúde, mas num processo que ele também considera como iatrogênico. Isso se deve ao fato de essa desmedicalização não ter ocorrido por uma conquista de autonomia, mas por ter sido produzido pela desmonopolização do conhecimento sobre a saúde por outros saberes tão autoritários quanto o saber médico. Assim, o investimento no cuidado com o corpo antecede a necessidade do médico, ocorrendo por meio das academias, dietas, fisioterapias, massagens, terapias e dos mais diversos tipos de auto-ajuda oferecidos pela mídia.

Nota-se, também na saúde, a descaracterização da política, uma vez que os usuários são submetidos ao saber oficial, e a negação de seu conhecimento impede as trocas ou negociações características do exercício político. Os profissionais de saúde revestem-se do conhecimento científico/tecnológico/biológico e vêem seu trabalho cada vez mais vinculado ao projeto de lucratividade imposto pelo sistema

capitalista. A saúde é tida como valiosa mercadoria; e os pacientes, como objetos descartáveis. Esses profissionais também são destituídos do domínio político, não problematizando a atuação, fruto de uma formação acadêmica focada na aquisição de conhecimentos prontos e não se sentem como parte efetiva do sistema de saúde do qual participam.

Esse modelo médico, sustentado na metafísica, nega a processualidade imanente à vida e, em nome de verdades estabelecidas como universais, trabalha com categorias modelares apriorísticas e objetivantes que facilmente são transpostas para definir saúde e doença, normal e patológico e toda uma gama de classificações arbitrárias. Tal modelo separa o universo sensível da experimentação, desvalorizando e/ou negando a alteridade⁷ imanente aos encontros, fazendo com que os estranhamentos daí advindos sejam avaliados como desequilíbrios dos sujeitos. Essas concepções, além de considerarem o adoecimento como des-ordem e como uma des-harmonia de uma suposta estabilidade natural, tendem a situar no indivíduo o foco do problema, desconsiderando as dimensões históricas, políticas e sociais presentes em qualquer configuração (ANDRADE, 2006).

Além disso, há a redução do conceito de público ao conceito de estatal. Isso significa que tanto a Saúde Pública quanto a escola pública são entendidas não como um direito de todos - mas como um serviço do governo para atender aos pobres, refletindo uma política estritamente assistencialista. A “necessidade”, mais

⁷ O conceito de alteridade aqui utilizado refere-se a um modo de pensamento em que o mundo é concebido em permanente transformação; a imanência da vida está na produção de diferença – processos de diferenciação – e não na estabilidade. Ou seja, não existe uma ordem à qual se fará contrapor um caos, mas transformações sucessivas em velocidade infinita com a qual as formas surgem para desaparecer em seguida, dando lugar a outras formas, outras conexões. Um processo contínuo de engendramento (ROLNIK, 1994).

uma vez, poda a liberdade de ação, e a população carente de um modelo diferenciado de saúde e educação perde sua potência de criação, sua autonomia. A noção de política, por sua vez, é confundida com partidarismos ou com mera representação dos valores dos grupos dominantes. A criação de um campo nomeado Saúde Coletiva visa justamente resgatar o sentido de público e político há tanto desaparecidos. É um ir além das disciplinas estanques, engendrando processos de subjetivação capazes de transformar os processos de formação - e conseqüentemente os discursos e práticas em saúde.

2 TECENDO REDES PARA UMA ANÁLISE HISTÓRICA

2.1 A Saúde Pública

O caminhar pela produção/intervenção na área da Saúde nos exige, de início, uma reflexão conceitual sobre três áreas de abrangência que, embora distintas, estão interligadas em suas emergências e, talvez por isso, constantemente tomadas como sinônimos: Medicina Social, Saúde Pública e Saúde Coletiva.

De acordo com Queiroz (1986), em seu artigo "A perspectiva antropológica da medicina moderna", na antiga Grécia, os mitos de Hygéia (deusa da saúde) e Asclépius (deus da medicina) simbolizavam dois aspectos importantes da medicina. Para os adeptos de Hygéia, a saúde dependia primordialmente de como os homens governavam as suas vidas. Nesse caso, ao médico caberia descobrir como um indivíduo poderia se adaptar melhor ao seu meio social e físico através de restrições comportamentais e alimentares - uma vez que a cura viria sempre da natureza, e a doença, de um relacionamento inadequado com a mesma. Nesse sentido, a doença implicava em um desajuste que, geralmente, era mediado por um relacionamento social desequilibrado. Daí o caráter de culpa e vergonha que acompanhava as doenças durante o mundo antigo e medieval. Já os seguidores de Asclépius acreditavam que o principal papel do médico era tratar a doença e corrigir as imperfeições trazidas pela vida através de terapias mais "heróicas", sem se preocupar muito em encontrar um modo de vida particular ao paciente. A ênfase recaía, portanto, no aspecto sintomático e curativo da medicina.

Segundo Queiroz, a Medicina Hipocrática foi uma síntese elaborada a partir dessas duas tendências, uma vez que ela se preocupava tanto com a doença individual e com os meios para curá-la como também com a manutenção da saúde dentro de um sistema ecológico. E nesse sistema, fatores tais como o ar, a água, o alimento e o clima eram vistos como relevantes para a manutenção do equilíbrio biológico. Durante a Idade Média, a medicina manteve como pressuposto o paradigma aristotélico da unidade orgânica dos seres vivos, sendo a doença a expressão de alterações globais do organismo em interação com o seu meio físico e social. Assim, acreditava-se que, do mesmo modo como os humores e líquidos do organismo influenciavam as virtudes do homem, suas virtudes influenciavam esses humores.

Ainda de acordo com o autor, no século XVII, Descartes estabeleceu os métodos para se pensar o corpo humano como máquina. Assim como Galileu tinha mostrado que o método científico era capaz de providenciar uma interpretação mecânica do mundo físico, Descartes não via por que razão os mesmos princípios não poderiam ser estendidos ao mundo das criaturas vivas. A partir disso, ele criou a dicotomia entre mente (uma concepção divina, fora do alcance da ciência) e corpo (um organismo imperfeito que obedece a leis mecânicas). Nesse esquema, a doença aparece como um distúrbio de um dos componentes da máquina humana, que seria passível de ser reparada pela intervenção de uma medicina que detivesse o conhecimento das leis que operam essa máquina. O corpo humano perdia, assim, seu caráter divino e intocável.

A medicina científica do século XIX é problematizada por Foucault (2003) em “O Nascimento da Medicina Social”. O autor critica a noção de que a medicina nas

sociedades antigas e medievais teria um caráter social - enquanto a medicina atual seria centrada no indivíduo. Segundo o filósofo, a medicina moderna também se constitui como tal, sendo que ele chama de Medicina Social o conjunto de discursos e práticas delineador de um saber normativo sobre o espaço social. Com o advento do capitalismo, o corpo foi o primeiro objeto a ser socializado, ou seja, a sofrer influência dessas normas. Tal socialização é um controle que se opera no biológico, numa construção sócio-histórica, constituindo o corpo como força de produção, força de trabalho.

Para entendermos o processo que culminou numa Medicina Social - e posteriormente no que denominamos, hoje, Saúde Pública -, Foucault reconstitui as três etapas dessa formação e as nomeia como Medicina do Estado, Medicina Urbana e Medicina da Força de Trabalho. Essas formas emergem de diferentes contextos e necessidades, mas têm em comum o sentido de controle sobre a população (coletivo) para uma subserviência ao poder e ao interesse das elites dirigentes (Estado).

A Medicina do Estado surge como importante aparato de consolidação estatal em países como a Alemanha -, onde, no século XVIII e no início do século XIX, ainda não existia uma noção definida de Estado, já que necessitavam de unificação e de reestruturação econômica. Nesse contexto, surge a polícia médica, que, sob o controle estatal, tinha a função de garantir a saúde da sociedade através da normatização de valores e modos de existência. Ou seja, a medicina “científica” insurgente, aliada aos interesses do Estado, passa a controlar a população,

através da disciplina dos corpos, sob a égide de um saber tecno-científico e embaixador dos valores do bem e do mal para aquela população.

A medicina Urbana tem origem na França, e, nessa mesma época, sua base de sustentação não é a consolidação de um Estado, mas o emergente processo de urbanização. O crescimento da população urbana e o aumento das migrações para esse espaço geraram a necessidade de um controle sobre a sua salubridade e higiene. Essa medicina caracterizou-se, principalmente, pela exclusão dos doentes – o que abrangia miseráveis, desempregados, desarrazoados, entre outros -, pelos registros estatísticos e pela não interferência na propriedade privada.

Na Inglaterra, por sua vez, a Revolução Industrial imprimiu uma lógica capitalista ao surgimento de uma Medicina Social voltada para o corpo dos trabalhadores, objetivando deixá-los mais aptos (e submissos) ao trabalho assalariado e menos perigosos às classes dominantes. A Medicina Social inglesa foi organizada em três sistemas: a medicina assistencial, voltada para os pobres; a medicina administrativa, que abrangia a prevenção, a vacinação e controle das epidemias; e a medicina privada, que privilegiava apenas quem podia pagar. Por ser considerado mais “racional e humanizante”, esse modelo perdurou até meados do século XX.

Ainda de acordo com o filósofo, esses diferentes modelos apontam para uma medicina que vai além das práticas clínicas (relação médico-paciente) e estende-se a interesses de mercado - visto se organizarem de acordo com determinado contexto sócio-econômico, exemplificado, entre outros casos, pelas práticas

medicalizantes abusivas. Os paradigmas que sustentam tais modelos permeiam, ainda hoje, a concepção e a organização de políticas em saúde.

A Saúde Pública herda características importantes da Medicina Social, pois tem seu discurso pautado na lógica técnico-instrumental da ordem médica, e o Estado funciona como regulador de práticas de vigilância sobre a saúde. A Saúde Pública emerge do movimento higienista e sanitarista e é complementada pela epidemiologia, que se responsabiliza pelas pesquisas sobre enfermidades que atingem a coletividade. Em momento algum, nessa lógica, os sujeitos são considerados como agentes do processo saúde/doença, mas como organismos doentes. Considera-se que tal concepção ainda é predominante tanto nas práticas profissionais quanto nas produções teórico-acadêmicas, ainda aprisionadas a esse modelo advindo do paradigma positivista que pressupõe a neutralidade e a objetividade nas ações de saúde.

O discurso produzido pela Saúde Pública pauta-se no naturalismo médico que legitimou a crescente medicalização do espaço social. Sua principal estratégia constituía-se no combate às epidemias, o que, por sua vez, fortalecia o poder da medicina. As descobertas biológicas que marcaram esse processo – como as de Pasteur, no estudo das bactérias no controle de infecções – foram fundamentais para legitimar as práticas de medicalização e para silenciar quaisquer considerações de ordem simbólica e histórica, no que se refere às populações às quais se destinam as práticas sanitárias. O corpo reduzia-se a seu caráter anátomo-funcional, constituído por mecanismos bioquímicos e imunológicos (BIRMAN, 1991; GREGÓRIO, 2002).

2.2 A Saúde Pública no Brasil

No Brasil, as políticas de Saúde Pública foram, até a metade do século XX, caracterizadas pelo centralismo, pelo verticalismo e pelo autoritarismo corporativo. Refletiam em práticas clientelistas, apoiadas num modelo de campanhas sanitárias em que se adotava um estilo repressivo e disciplinar de intervenção médica sobre os corpos - tanto individuais quanto sociais (LUZ, 1986, 1991). A preocupação do Estado com o não adoecimento do trabalhador, para garantir o crescimento econômico do país, resultou num serviço público excludente, no qual uma minoria assalariada era beneficiada. Justificavam o investimento do governo no setor privado de saúde o interesse das indústrias farmacêuticas e de equipamentos no lucro gerado pela cristalização do conceito de tratamento como cura da enfermidade, focada na figura do médico e localizada na instituição hospitalar, seja ela pública ou particular; e também o crescente interesse na abertura de escolas médicas voltadas para a produção de mão de obra tão necessária para o país (SIQUEIRA, 2001).

Tal concepção mercadológica constitui um campo fértil para a manutenção e a reprodução do modelo médico no serviço público, onde o saber sobre a saúde se torna confinado às instituições médicas – entendidas, aqui, como um conjunto articulado de saberes e práticas vinculadas à organização disciplinar, à conservação e à recuperação dos corpos. Nesse conjunto de interesses destacam-se, entre outros, indústrias farmacêuticas e de equipamentos, ministérios, secretarias, hospitais, postos de saúde e faculdades particulares (LUZ, 1986). Portanto, entendemos que o saber médico não se resume às práticas clínicas médico-paciente, mas se estende aos interesses do mercado, exemplificado, entre outros,

pelas práticas medicalizantes abusivas que ainda predominam na atualidade. Em seu estatuto de saber-poder, ocupando diferentes lugares em nosso edifício social, esse modelo de conceber e produzir saúde não se restringe aos cursos de medicina, mas permeia as diversas áreas das chamadas ciências da saúde.

A partir de 1960, nota-se um intenso movimento popular por reformas em diferentes âmbitos sociais. Esse movimento se impunha não só à recolocação das funções e deveres do Estado, como à resistência à ditadura militar, mas era também um movimento de lutas pelos direitos humanos; refletido na Reforma Psiquiátrica, no movimento feminista, movimento gay, movimento hippie, Tropicalismo e Reforma Sanitária. Essas ações de resistência aos poderes instituídos – e, ao mesmo tempo, potencializadoras de ações instituintes - não podem deixar de ser identificadas com as forças que impulsionaram as mudanças na saúde (BENEVIDES; PASSOS, 2005).

Essas transformações nas políticas públicas, que continuaram a ocorrer ao longo dos governos republicanos, contribuíram decisivamente para o surgimento de movimentos em favor de uma reforma que suplantasse o modelo biológico vigente, através da implementação de uma lógica sociológica no contexto da saúde. Outros movimentos mais pontuais também surgem no interior das instituições de saúde; são promovidos por organizações de profissionais e da comunidade, constituem-se como formas de resistir à lógica dominante, e, aos poucos, expandem-se, criando espaços de discussão nas universidades e organizações científicas (SIQUEIRA, 2001).

O movimento de Reforma Sanitária ganha força em meados de 1980, através das propostas da VIII Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986 – que culminou, de forma relevante, no estabelecimento da primeira seção sobre saúde na Constituição Brasileira de 1988. Um dos principais aspectos considerados foi o estabelecimento do Sistema Único de Saúde (SUS), de caráter público, constituído por uma rede organizada, hierarquizada e descentralizada. Conforme definido pelo Artigo 4º da Lei Federal 8.080/90, o Sistema Único de Saúde “é o conjunto de ações e serviços de saúde prestados por órgãos e Instituições Públicas Federais, Estaduais e Municipais, da Administração Direta e Indireta e das Fundações mantidas pelo Poder Público.” E, complementarmente, “[...] pela iniciativa privada” (CHIORO; SCAFF, [199-], p. 13).

O SUS constitui-se como um dos maiores sistemas públicos de saúde do mundo, sendo o único a garantir assistência integral e completamente gratuita para a totalidade da população. Entre seus principais objetivos estão aqueles voltados para uma assistência à população baseada numa perspectiva de promoção e prevenção, em contraposição ao modelo curativo em vigor até então, buscando meios, processos, estruturas e métodos para atingir tais objetivos. Os princípios organizativos se constituem pela descentralização, regionalização, hierarquização, resolutividade, participação social e complementaridade do setor privado. Já seus princípios ideológicos prevêem: **universalidade**, garantia do direito, a toda a população, de acesso à saúde; **eqüidade**, o cidadão será atendido segundo suas necessidades e peculiaridades; **integralidade**, as ações devem visar à saúde do cidadão e não à sua doença, devendo, para tal, combinar promoção, cura e reabilitação (CHIORO E SCAFF, [199-]).

De forma geral, o SUS representa uma proposta concreta de reforma nas políticas de Saúde Pública no país, buscando romper com a lógica corporativista e patrimonialista ao ingressar numa linha de reconhecimento do direito ao exercício da cidadania. Nesse sentido, as ações nesse setor passam a ser entendidas como práticas que se pretendem efetivamente coletivas, visto imprimirem uma nova e ampliada concepção de saúde por meio da inclusão dos sujeitos como agentes ativos do processo de construção das políticas em saúde.

3 UMA PERSPECTIVA EMANCIPATÓRIA

3.1 Coletivo – produção de conhecimento que emerge no encontro

O entendimento de coletivo, utilizado comumente, remete a um agrupamento social ou à composição de várias individualidades, como resgatado em dicionários por Barros, Oliveira e Oliveira:

Coletivo: adjetivo comum, que compete muito; substantivo coletivo, que designa uma coleção; veículo de transporte de passageiros em grande número.

Coletividade: qualidade do que é coletivo; sociedade, conjunto, colônia estrangeira: a coletividades árabe, italiana (...).

Coletivo: adjetivo relativo ou pertencente a muitas coisas ou pessoas; que abrange muitas coisas ou pessoas; diz-se do substantivo que embora no singular exprime um conjunto de muitos seres da mesma espécie; s.m. substantivo coletivo; (do latim *collectivus*).

Coletividade, qualidade do que é coletivo; conjunto de seres que formam um corpo coletivo; sociedade, comunidade (1999, p. 118).

Neste estudo, no entanto, a concepção de coletivo remete a algo construído no encontro⁸; algo que não é da ordem do constituído, mas da criação; e, assim, exige a desconstrução de configurações cristalizadas e morais, partindo para a produção conjunta de outros sentidos (ANDRADE, 2007).

Quando nos deparamos com a definição de público resgatada por Arendt (2005), como um espaço comum e lugar de encontros pertencente a homens iguais em direito, observamos o quanto esses dois conceitos foram descaracterizados ao longo

⁸ Neste sentido, encontro é um conceito proposto por Espinosa. Segundo o autor podemos estabelecer **bons e maus encontros**. Os **bons encontros** ocorreriam quando um corpo compõe com o nosso e toda a sua força ou parte dela vem aumentar a nossa no sentido de produzir uma maior intensidade de forças ativas – **potência de agir**. Os **maus encontros** ocorreriam quando os corpos em suas relações produzem decomposição de forças – forças reativas – que se expressam no se contentar ou se acomodar em sofrer os efeitos, em reclamar, em se lamentar, em acusar – **potência de padecer** (MACHADO, 1999).

da história. Ambos os conceitos (público e coletivo) referem-se a um espaço de emergência da diferença. Não há uma representatividade, não há um saber oficial ou especialista; são opiniões singulares que, ao serem discutidas, configuram ações que não são próprias de ninguém, mas que sempre têm um pouco do outro.

Falar em produção coletiva implica, necessariamente, na abertura para o desconhecido, para algo que surge no encontro, algo que não comporta o *a priori*. Trata-se de uma invenção permanente geradora de um outro modo de conhecimento que emerge no **entre** e extrapola o saber/fazer que cada um detém em sua singularidade e formação (ANDRADE apud ANDRADE, 2006).

A ação coletiva rompe com a postura acadêmica tradicional na qual o profissional se dispõe a trocar saberes com outros, mas não permite a construção de um saber comum. Ou seja, a academia nos lega a idéia de que o profissional é quem detém o conhecimento científico, a verdade sobre um objeto ou fenômeno, assim como os instrumentos utilizados para intervenção; e o saber popular é tido como incapaz de produzir mudanças. Essa postura é levada por esses profissionais para seus espaços de trabalho e perpetuada, assim, em suas práticas. Na saúde, por exemplo, o desafio que se coloca é conseguir superar esses valores acadêmicos, dando lugar à produção coletiva que emerge do encontro.

De acordo com Andrade (2007), a dificuldade de afirmar o saber do outro e suas potencialidades não se restringe apenas ao encontro de especialistas com as camadas populares. Acontece, principalmente, entre os próprios profissionais, quando chamados ao trabalho em equipe.

Pensadores como Foucault, Morin, Nietzsche e Gattari dedicaram muitas de suas obras à discussão e à crítica ao paradigma cientificista hegemônico, responsável

pela produção de campos de especialidades estanques e baseados nos moldes positivistas de separação entre sujeito e objeto e de neutralidade em favor do progresso da razão. Ora, Morin nos conta que os grandes avanços epistemológicos aconteceram de forma transdisciplinar. “A ciência nunca teria sido ciência se não tivesse sido transdisciplinar” (2005, p.135), ou seja, não se limitou à aplicação de uma área de conhecimento específico para desenvolver-se. No entanto, a ciência perde sua principal característica, que é sua capacidade de autocrítica, a partir do momento em que institui a si mesma como um estatuto de verdade.

Os efeitos disso são sentidos no mercado de trabalho, que herda a superespecialização percebida na delimitação pungente dos campos de atuação, do objeto de estudo e intervenção e das ferramentas próprias de cada profissão. Ao mesmo tempo, esse reducionismo exacerbado e a excessiva simplificação dos fenômenos não dão conta da complexidade da vida contemporânea, o que acaba exigindo a construção de outras formas de relação entre os saberes. Uma das saídas encontradas foi o movimento da multidisciplinaridade, em que cada um fala com seu saber especialista sobre uma temática comum, o que resulta num aglomerado de opiniões. Outro movimento foi o da interdisciplinaridade, em que algumas disciplinas até se aproximam para estabelecerem trocas, mas acabam dando origem a um outro campo de saber tão limitado quanto os outros (LAVRADOR, 1999).

A psicopedagogia, por exemplo, que seria a troca de saberes entre psicologia e pedagogia, transformou-se numa nova disciplina com objeto e ferramentas próprias. Mesmo sendo claras as limitações dessas propostas (multi e interdisciplinaridade),

elas têm sido as mais recorrentes no discurso dos profissionais de saúde. A multidisciplinaridade e a interdisciplinaridade emergem como fórmulas para solucionar os males do trabalho, como a falta de comunicação e a hierarquização, e também para possibilitar um atendimento mais completo ao paciente, ou melhor, ao controle de sua enfermidade. Contudo, como destacam Benevides e Passos:

[...] o movimento de disciplinas que se somam na tarefa de dar conta de um objeto que, pela sua natureza multifacetada, exigiria diferentes olhares (multidisciplinaridade), ou, de outra forma, o movimento de criação de uma zona de interseção entre elas, para qual um objeto específico seria designado (interdisciplinaridade). Mas o que vemos como efeito, seja da multidisciplinaridade, seja da interdisciplinaridade, é a manutenção das fronteiras disciplinares, dos objetos e, especialmente, dos sujeitos desses saberes (BENEVIDES; PASSOS, apud BARROS, 2006, p. 143).

Já a concepção de transdisciplinaridade resgata a perspectiva do coletivo, ultrapassando as barreiras do saber/fazer estereotipadas tanto pelo discurso acadêmico quanto pela prática mercadológica. A transdisciplinaridade é a afirmação da autonomia, como é definido por Andrade:

Ou seja, não se 'promove' autonomia através de propostas, mas esta é conquistada através de lutas e organizações sociais, implicando na produção de outros modos de subjetivação ou outros modos de conceber/viver a vida articulada às relações político/sociais. Tal produção não advém automaticamente de programas de ação verticalizados, mas dos embates de forças cotidianos nos diversos micro-espacos coletivos que, ao longo dos anos, passam a constituir um sistema de relações mais autônomas, calcadas no efetivo exercício político, que dec-ocorre do debate/ação entre 'cidadãos iguais de direito' (2007).

O movimento transdisciplinar não pode ser entendido como uma simples articulação entre disciplinas. Essa perspectiva não se refere à busca de estabilidade, mas à interferência entre as disciplinas, intervenção que desestabiliza um determinado saber visando à instituição de novas identidades.

Não se trata de abandonar o movimento criador de cada disciplina, mas de fabricar intercessores, fazer série, agenciar, interferir. Frente às ficções preestabelecidas, opor o discurso que se faz com os intercessores. Não uma verdade a ser preservada

e/ou descoberta, mas que deverá ser criada a cada novo domínio. Os intercessores se fazem, então, em torno dos movimentos, essa é a aliança possível de ser construída quando falamos de transdisciplinaridade (BENEVIDES; PASSOS, 2000; apud BARROS, 2006, p. 143).

De acordo com Barros (2006), vários autores (Benevides e Passos, Kastrup, Maturana e Varela, Rodrigues, Stenger) enfatizam que tanto o objeto quanto o sujeito e o referencial teórico com o qual se identifica são atravessados por aspectos sociais, afetivos e políticos, não tendo, assim, a unidade e homogeneidade de uma disciplina. Pensar a transdisciplinaridade, para esses autores, seria, assim, colocar em questão os limites das disciplinas interrogando os especialismos.

3.2 A Saúde Coletiva

Como acompanhamos, o paradigma dominante no campo científico da saúde fundamenta-se em pressupostos técnico/racionalistas, ou seja, no entendimento de que a realidade determina o conhecimento – representação – e opera como se todos os entes constituíssem mecanismos ou organismos com determinações fixas. Isso se reflete, por exemplo, nas práticas da clínica médica, em que o corpo e seus órgãos são tidos como peças de uma engrenagem. Esse pensamento é sustentado pela metafísica⁹, meio pelo qual o homem pauta seu existir a partir de modelos transcendentais creditados como verdadeiros.

⁹. Tal pensamento é “alicerce dos valores e formações societárias ocidentais, que opera a duplicação da vida através da separação entre um mundo sensível (espaço do erro, ilusão, aparência e inconstância) e um mundo inteligível (espaço do conhecimento das essências, da objetividade, da verdade e da estabilidade), com supremacia deste sobre o primeiro. Tal deslocamento ótico, fruto de um desejo de conhecer, **explicar/justificar** a vida, imprime uma inversão no modo de valorar a existência: à experimentação, norteadora e suporte da avaliação **ética**, sobrepoem-se as abstrações arbitrárias que, baseando-se num sistema de julgamento externo, estabelecem uma valoração **moral** norteadora do existir humano” (ANDRADE, 2006).

No entanto, em diversos campos de investigação científica, autores¹⁰ denunciam sua insatisfação com esse modelo hegemônico e propõem outras configurações para o pensar científico. Na saúde, o recente campo nomeado como Saúde Coletiva emerge como movimento político, objetivando romper com o discurso e as práticas produzidas e sustentadas pelo modelo de Saúde Pública, analisado no capítulo anterior.

Para diferentes autores (BIRMAN, 1991; CAMPOS, 2000; GALLO, 1992; PAIM; ALMEIDA-FILHO, 2000), a Saúde Coletiva constitui-se como um campo de teorias e práticas que vem emergindo, a partir da década de 1970, resultante de movimentos pela reforma na área da saúde e, no campo epistemológico, a partir da luta empreendida por pesquisadores e instituições de saúde por uma produção científica articulada às práticas sociais.

[...] conjunto articulado de práticas técnicas, científicas, culturais, ideológicas, políticas, econômicas, desenvolvidas no âmbito acadêmico, instituições de saúde, nas organizações da sociedade civil nos institutos de pesquisa, informadas por distintas correntes de pensamento resultantes da adesão ou crítica aos diversos projetos de reforma em Saúde (PAIM apud PAIM; ALMEIDA-FILHO, 2000, p. 64).

Paim e Almeida-Filho (2000) relatam que, como área de conhecimento, a Saúde Coletiva é tida como um campo interdisciplinar - e não propriamente uma disciplina científica ou uma especialidade médica. Esse novo campo contribui com o estudo do

¹⁰ “Denúncias radicais’ aos danos causados pela crença metafísica na existência humana já estavam presentes em filósofos como Espinosa (séc. XVII) e, mais recentemente, Nietzsche (séc. XIX). Considerados, entretanto, loucos e/ou malditos, suas reflexões permaneceram à margem das diversas áreas de produção de conhecimento. Essas críticas foram retomadas, com diferentes olhares e problematizações, por filósofos como Heidegger, Arendt, Lévinas, Foucault, Deleuze, Morin, entre tantos outros. Mas pode-se dizer que, na contemporaneidade, a adesão maior à crítica dos pressupostos metafísicos foi provocada pela própria ciência, através de autores como Prigogini (na química), Maturana e Varela (na biologia) e pelas descobertas da física quântica. Essas críticas foram geradoras de importantes debates não somente na filosofia, mas em múltiplas áreas de conhecimento (Karl Popper, Cornelius Castoriadis e Boaventura Santos)” (ANDRADE, 2006).

fenômeno saúde/doença em populações e investiga a produção e distribuição das doenças na sociedade como um processo de produção social. Também analisa as práticas de saúde em sua relação com outras práticas sociais, e, principalmente, procura compreender as formas como a sociedade identifica as suas necessidades em saúde, buscando a explicação para as mesmas e criando meios para enfrentá-las.

Uma das principais características da Saúde Coletiva é a efetivação da entrada das ciências sociais no campo da Saúde, contribuindo para a relativização da hegemonia do saber biológico - na medida em que introduz uma concepção de saúde não mais reduzida ao seu par dicotômico, a doença, mas contextualizando-a em suas dimensões simbólica, ética, estética e político-econômica¹¹. Trata-se de um processo que subverte um modelo herdado de Verdade, e, como tal, apresenta-se como disruptor e ameaçador não somente aos poderes e saberes dominantes de uma organização societária injusta e excludente – nível macro –, mas também às crenças e aos valores pessoais internalizados como “verdades naturais”.

Desde que se sublinhe que as relações do sujeito com o seu corpo, com os outros, com as coisas, com as instituições e com as práticas sociais são mediadas pela linguagem, pelos códigos culturais estabelecidos numa tradição histórica e lingüística, torna-se necessário repensar o modelo naturalista da medicina. Introduce-se aqui, inevitavelmente, considerações acerca dos valores e das relações de força presentes nas relações sociais. A saúde é marcada num corpo que é simbólico, as representações da vida e da morte, do normal e do anormal, as práticas sanitárias

¹¹ Rolnik fala do paradigma ético-estético-político proposto por Gattari: “Ético porque não se trata do rigor de um conjunto de regras tomadas com um valor em si (um método), nem um sistema de verdades tomadas como valor em si (um campo de saber): ambos são da ordem moral. O que estou definindo como ético é o rigor com que escutamos as diferenças que se fazem em nós e afirmamos o devir a partir destas diferenças. As verdades que se criam com este tipo de rigor, assim como as regras que se adotou para criá-las, só têm valor enquanto conduzidas e exigidas pelas marcas. Estético porque esse não é o rigor do domínio de um campo já dado (campo de saber), mas sim o da criação de um campo, criação que encarna as marcas no corpo do pensamento, como numa obra de arte. Político porque este rigor é o de uma luta contra as forças em nós que obstruem as nascentes do devir” (1993, p.7).

não podem silenciar sobre o tecido social, marcado pelas diferenças (BIRMAN, 1991, p. 9).

No entanto, a literatura (CAMPOS, 2000; MINAYO; COSTA, 1998) aponta certa preocupação com relação à Saúde Coletiva como campo de saberes. Isso porque a necessidade de demarcação dos territórios de conhecimento próprios e a urgência em delinear um objeto de investigação e estabelecer os limites e contornos de suas disciplinas - provenientes de uma lógica cientificista e mercadológica - podem comprometer a potência de ação da Saúde Coletiva como um campo plural de conhecimentos. É preciso estar atento para não tentar transformá-la num novo paradigma universalizante e detentor da uma única verdade sobre a saúde.

Outro não tem sido o procedimento dominante na medicina, que desautoriza, em princípio, todo o saber e toda a prática sobre saúde, produzidos fora de sua própria racionalidade. Ao criticá-lo, com pertinência, a saúde coletiva tende a adotar a mesma postura totalitária e disciplinar. Para diversos autores, a epidemiologia e as ciências sociais explicariam o processo saúde/doença e fundariam um novo paradigma, com um modo de intervenção sobre a realidade que superaria - sempre em princípio! - todos os outros existentes. De acordo com essa perspectiva, a saúde coletiva não seria um saber, entre outros, sobre os modos como se produz saúde e doença; mas, o saber. Quase um novo paradigma (CAMPOS, 2000, p. 222).

O autor considera o posicionamento autoritário da Saúde Coletiva resultante da insuficiência do pensamento social para dar conta das práticas concretas no âmbito da saúde. Além disso, culpabiliza também as tentativas de adequação às exigências de agências financiadoras e o resgate do modelo biomédico como responsáveis pela reaproximação de padrões e resultados socialmente esperados de um modelo de atenção à saúde.

Quer pela insuficiência do pensamento social incorporado à saúde coletiva para impulsionar práticas e projetos sanitários concretos, quer pela pressão exercida pelas agências financiadoras e pela própria instituição universitária no sentido de que a saúde coletiva adote, em sua construção teórica, normas e procedimentos padrões bastante assemelhados aos da medicina em particular ou aos da tecnociência em

geral, observa-se um crescimento de prestígio do objetivismo na produção científica da área (CAMPOS, 2000, p. 221).

Ainda que submetida a um constante embate de forças, muitas vezes sendo capturada pela moralidade vigente - visto estar inserida em um contexto social e histórico -, não podemos negar a importância da Saúde Coletiva como um movimento, acima de tudo, político.

De acordo com Gallo (1992), pensar a Saúde Coletiva como uma prática crítica significa voltar-se ao devir¹² para construir novos olhares sobre a saúde e a doença, ou melhor, sobre a vida. Romper com um pensamento estritamente sanitário seria, para o autor, pautar a luta pela vida como preocupação central, e também subverter radicalmente o conceito de saúde no âmbito das políticas públicas. Esse pensamento é representado no campo da Saúde Coletiva por meio de autores como Jurandir Freire da Costa, Gastão N. Campos, Nilson e Dina Costa e Romualdo Dâmaso, que têm contribuído de forma enriquecedora para esse debate.

3.3 A concepção de saúde

Em setembro de 1978 foi realizada a primeira Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, organizada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e pelo United Nations Children's Fund (Unicef) em Alma-Ata, no Cazaquistão. A conferência foi assistida por mais de 700 participantes e resultou na adoção de

¹² “A noção de devir, utilizada por Deleuze, refere-se a movimentos que escapam do passado e do futuro. Devir é mudança, são orientações, direções, entradas e saídas. Devir se opõe a qualquer adaptação a modelos, tal como: o papel do psicólogo, o destino do funcionalismo público, a personalidade do chefe etc” (BARROS, 1999 p. 129).

uma declaração que confirmou o significado da saúde como um direito humano fundamental e uma das mais importantes metas sociais mundiais; reafirmando, enfaticamente, que a saúde é:

[...] estado de completo bem estar físico, mental e social, e não simplesmente a ausência de doença ou enfermidade – é um direito humano fundamental, e que a consecução do mais alto nível possível de saúde é a mais importante meta social e mundial, cuja realização requer a ação de muitos outros setores sociais e econômicos, além do setor da saúde (BRASIL, 2001, p.1).

Ou, como proposto na Lei Orgânica da Saúde (Lei 8.080), de 1990, no parágrafo terceiro das Disposições Gerais:

A saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais; os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do País (BRASIL, 1990).

Essa compreensão, embora represente um grande avanço no que concerne à ampliação da concepção de saúde – ao superar a tradição higienista, normativa e curativa –, apresenta-se como um ideário utópico, uma vez que parece inatingível para qualquer ser humano. Tal concepção assenta-se, ainda, no pensamento modelar que sustenta, desde Platão, as conformações societárias ocidentais. É interessante observar que, mesmo com o avanço das reflexões críticas sobre as concepções médicas descontextualizadas, ou seja, aquelas voltadas para a doença, o conceito de saúde permanece ancorado em valores morais de perfeição e equilíbrio (modelar), que são absolutamente contraditórios a uma perspectiva plural e contextualizada de saúde.

Esse supostamente novo e democrático conceito de saúde reforça o paradigma de estabilidade e equilíbrio, uma vez que permanece negando as variações constantes, imanentes ao movimento de expansão dos seres vivos. Como propõe Sawaia:

Não basta ampliar o enfoque biológico para abranger o social, o cultural e o psicológico. É preciso mudar os pressupostos epistemológicos e ontológicos para aceitar os múltiplos e dinâmicos estados do ser e, conseqüentemente, da saúde/doença (2003, p.86).

A criação da recente área denominada “Saúde Coletiva” visa, exatamente, a uma crítica aos modelos ou definições universalizantes, propondo outras formas de pensar tanto o conceito de saúde como o de coletivo.

Segundo Canguilhem, saúde é a “possibilidade de ultrapassar a norma que define o normal momentâneo, a possibilidade de tolerar infrações à norma habitual e de instituir normas novas em situações novas” (2002, p. 115). Desse modo, ele nos propõe entendermos a saúde como um fenômeno que engloba o adoecimento; ou seja, ser saudável é a capacidade singular de ser **normativo**, é a condição humana de enfrentamento das adversidades cotidianas, tanto as biológicas quanto as do meio, em permanente interação. Para esse autor, uma média estatística (disciplina da qual se utilizam as ciências positivistas) não é suficiente para dizer se um indivíduo diante de nós é normal ou não.

Se dermos crédito à tradição, Napoleão teria tido um pulso de 40, mesmo na época em que gozava de boa saúde! Portanto, se com quarenta contrações por minuto um organismo pode satisfazer as exigências que lhe são impostas, é porque é sadio e o número de quarenta pulsações – apesar de aberrante em relação ao número médio de setenta pulsações – é normal para esse organismo (CANGUILHEN, 2000, p. 144).

A saúde de uma dada população está relacionada com a sua capacidade de enfrentar as dificuldades inerentes à vida; ou seja, além de apontar para o

reconhecimento de seus saberes sobre o corpo e suas práticas de cuidado, implica que a população efetivamente detenha os meios para esse enfrentamento. A produção desses meios depende de um reconhecimento de todos, no que diz respeito às potencialidades criativas presentes em qualquer trabalho coletivo, e que pretenda transformações nas formas cotidianas de existência.

Quando partimos desse ponto de vista, rompemos com os dualismos saúde/doença e normal/patológico, próprios da concepção médica tradicional; pois saúde não é sinônimo de normalidade, e ser sadio não significa a ausência de doença. Ampliar o conceito de saúde é, então, muito mais que redefini-lo; é entendê-lo sob outra ótica, é expandir nossa compreensão para além de estruturas pré-estabelecidas.

Outro fator importante para a construção de uma Saúde Coletiva é entendê-la como um processo inscrito no âmbito de práticas institucionais. Campos (1998) ressalta a importância das experiências do SUS na tentativa de ampliar a **participação democrática na gestão** das instituições de saúde - efetuando, assim, a descentralização do poder com a instalação dos conselhos de saúde, por exemplo. Ele lembra, também, que ainda predomina uma gestão baseada no modelo taylorista-fordista, ou seja, focado na produção; e isso traz a necessidade de haver um esforço conjunto para efetivar práticas como as propostas pelo SUS, bem como para criar alternativas que atendam a essa nova concepção de saúde. Nessa perspectiva, saúde não se reduz a corpo-organismo, mas envolve as condições gerais de vida ou modos existenciais dos sujeitos. O caráter sócio-político está claramente esboçado, e não é possível pensar as instituições de saúde e/ou suas políticas desarticuladas de outras políticas sociais. Trata-se de intervenções que

somente podem ocorrer em rede, interligadas aos diversos setores públicos; e que sejam voltadas para as reais demandas e necessidades das populações num referido contexto.

Nesse sentido, as reformas que culminaram na implantação SUS também incluíam, ao se falar em Saúde Coletiva, metas quanto à **participação social** e à **autonomia**¹³ dos sujeitos envolvidos, ou seja, os usuários e trabalhadores dos serviços de saúde. Entende-se, dessa forma, que não há separação entre o processo de produção de saúde e o processo de produção de subjetividades. Esses processos referem-se à própria força das transformações, ao devir, à dissolução de formas dadas e cristalizadas. Eles são também históricos, tendo com essas formas uma relação de processualidade; e, por isso, não cessam de engendrar outras. O sujeito é o agente ativo desses processos, e é na dimensão concreta dos serviços de Saúde Pública que cria novas normas. São práticas que visam o rompimento com uma realidade que nos é imposta como natural e dada, aproveitando e ressaltando aquelas experiências presentes em nosso cotidiano e ainda não capturadas pelo instituído (BENEVIDES, 2005).

A Reforma Sanitária afirmou o direito de todos os cidadãos à saúde, impulsionando a luta pelo reconhecimento e pela efetivação desse direito por parte da população. No entanto, aqui surge um obstáculo: esse direito à luta pela saúde pode ser - e tem sido, muitas vezes - confundido com o direito ao “consumo da saúde”, como

¹³ Os conceitos de participação social e autonomia serão remetidos, neste estudo, ao exercício da democracia, como proposto pela filósofa Hannah Arendt (2005). Segundo a autora, quando existe igualdade de direitos entre os homens, há o estabelecimento de relações autônomas, visto não ser preciso negar o outro. Mas, ao contrário, se o outro é negado em sua pluralidade, há o estabelecimento de relações heterônomas. Na vida, a pessoa pode ter relações autônomas e heterônomas. No modo existencial Ético predominam as relações autônomas. Na saúde, o modo existencial está capturado pelo modelar, visto haver um predomínio de relações heterônomas.

proposto por Sposati e Lobo (1992). O direito à saúde é mais que a garantia do atendimento assistencial, e precisa ser estendido à participação social na constituição e na execução das políticas em saúde. Resgatando a discussão proposta por Arendt sobre a política, vimos que, num país cuja desigualdade social é aguda e o empobrecimento é crescente, a “necessidade” emperra a autonomia e a liberdade de ação que nos constitui como cidadãos. A participação social não se efetiva por meio de representações, mas pela tomada do Estado e da construção de políticas como “coisa pública” - que devem ser submetidas às discussões, opiniões e debates num espaço verdadeiramente público e atendendo a interesses coletivos.

É importante ressaltar que tanto as práticas instituintes de um novo olhar sobre a saúde quanto as tradicionais estão presentes e em constante embate em toda a configuração na qual estamos inseridos. É nesse embate de forças, imanente à vida, que algo novo se produz. Tal concepção de vida/saúde está presente no pensamento do filósofo Friedrich Nietzsche (2000), que, dedicando sua obra a uma crítica ao Valor dos valores dominantes, denomina de **forças reativas** aquelas voltadas para adaptação, cristalização, adequação e contenção. E chama de **forças ativas** aquelas que se opõem ao instituído, afirmando as intensidades, a criação e a potência de agir. Ambas estão presentes em qualquer configuração, pois são imanentes à vida dos seres vivos, em um movimento constante de sobrepujar umas às outras. Segundo o filósofo, a tendência de qualquer força é dominar e expandir. Essa tendência expansiva é uma força que domina, mas não nega a outra, afirmando uma diferença (ANDRADE, 1999).

Querendo vir-a-ser-forte, a força esbarra em outras, que lhe opõem resistência, mas o obstáculo constitui um estímulo. Inevitável, trava-se a luta por mais potência. Não há objetivos a atingir; por isso ela não admite tréguas nem prevê termo. Insaciável,

continua a exercer-se à vontade de potência. Não há finalidades a realizar; por isso ela é desprovida de caráter teleológico (MARTON, 1993, p.62).

A própria literatura, ao trazer os debates avaliativos na área da saúde, nos apresenta uma série de contradições que apontam, exatamente, para esse constante embate de forças. Em Andrade e Araújo (2003), conseguimos perceber, por exemplo, as contradições presentes na efetivação cotidiana do trabalho dos profissionais e nos objetivos do Programa de Saúde da Família (PSF – SUS). Ao mesmo tempo em que o projeto do SUS pretende-se inovador, ao trazer a idéia de troca de saberes e o estabelecimento de vínculos entre profissionais e comunidade, também estabelece um sistema tradicional de avaliação por produtividade, expressa no número de “casos” atendidos. Essa forma de avaliação reproduz o modelo médico hierárquico de “atender o doente”, ou seja, rápido, verticalizado (o **doutor** fala e o **paciente** padece na sua ignorância e silêncio), voltado para a doença e a medicalização. Não há espaço e tempo para trocas efetivas, e o sujeito permanece no lugar de objeto passivo.

No artigo de Schmidt (2003) a respeito das políticas públicas de Saúde Mental, também identificamos a presença dessas contradições. Os saberes e práticas produzidos sobre a loucura, que culminaram em exclusão, patologização e encarceramento, estão em constante embate com as novas práticas que denunciam os interesses políticos e econômicos das primeiras, e que propõem outras formas de conceber e acolher a loucura. As autoras trazem para debate a dimensão política que é inerente a todo fazer humano (inerente às ações entre homens), que pode tanto produzir aniquilamento do outro como a sua potencialização de vida.

Em sua tese de doutorado “Especialização em Saúde Pública e os Serviços de Saúde no Brasil de 1970 A 1989”, Nunes (1998) destaca esse embate **político** entre os modelos de gestão instituídos e sustentados, ao longo da história, pelos cursos tradicionais da Faculdade de Saúde Pública (SP), e o movimento que se contrapunha a essa legalidade instituída. Sua análise histórica revela que esses embates políticos não se restringem aos interesses locais e internos, mas envolvem também interesses externos que extrapolam os muros universitários.

A abertura proposta pelo Secretário da Saúde de São Paulo encontra no campo relacional da Faculdade de Saúde Pública, uma tensão entre o novo e o antigo, o instável e o estável, a proposta (em busca de legitimidade) e a programação tradicional (representando a legalidade). Os segmentos abertos existentes no interior da Faculdade fazem-se representar por uma aliança com o proponente, em torno da idéia, criando condições para a reapresentação do projeto numa segunda oportunidade. Nesse momento, ganha destaque um outro poder instituído, representado pelo Ministro da Saúde, que acompanha o Secretário a uma visita ao Centro Escolar (Faculdade de Saúde Pública), agregando força à negociação da Secretaria de Saúde, utilizando o poder administrativo, através da destinação de recursos financeiros, e o poder político, representado pelo comparecimento do Ministro à negociação com a Faculdade, numa clara demonstração de importância à atividade (NUNES, 1998, p. 72).

Martins (1999), em sua tese de doutorado, também aponta para as contradições percebidas nos discursos dos alunos da pós-graduação em Saúde Pública da Universidade de São Paulo (USP), no que diz respeito à manutenção de um conteúdo biomédico em oposição a um conteúdo político-social reflexivo.

Os alunos consideram o conteúdo das aulas instrumental e com enfoque predominantemente biológico. Ressentem-se de atividades mais reflexivas que permitissem uma visão crítica da realidade dos serviços de saúde e os preparassem para a realização da tese ou dissertação. Parte dos alunos concorda mas considera importante esse conteúdo, são alunos que vêm nas disciplinas de pós-graduação oportunidade para reciclagem e atualização. (MARTINS, 1999, p. 171).

Os exemplos acima ilustram, de forma bem genérica, os atravessamentos nas ações e discursos em Saúde Mental, atenção primária, graduação ou pós-graduação, ou seja, espaços diferentes da saúde submetidos a uma mesma construção sócio-

histórica, dando origem a tantos a discursos e ações hegemônicos quanto emancipatórios.

4 BREVE CONSIDERAÇÃO SOBRE A PÓS-GRADUAÇÃO NO BRASIL

De acordo com Kuenzer e Moraes (2005), há mais de quarenta anos a pós-graduação no Brasil vem se desenvolvendo, expandindo e ganhando credibilidade nacional e internacional. Ao contrário do que ocorre com o ensino superior, que tem enfrentado graves problemas como o sucateamento, as greves e a falta de apoio ao ensino, à pesquisa e à extensão. As autoras resgatam que o objetivo primeiro da implantação da pós-graduação no país foi a formação de professores para o ensino superior com a perspectiva de, posteriormente, o investimento resultar em desenvolvimento tecnológico e científico. Trata-se de um investimento maciço na pós-graduação efetuado na década de 1970 pelo então governo militar, numa aliança com intelectuais de esquerda, objetivando a construção de tecnologias de grande porte.

O regime militar, como se sabe, possuía um traço acentuadamente nacionalista e ambicionava a construção de um Estado nacional forte: o “Brasil grande”. Entre seus planos, estava o desenvolvimento de projetos tecnológicos de grande porte - como a construção das usinas nucleares, hidroelétricas, de rodovias e ferrovias. Entre os projetos estavam também a expansão das fronteiras na região amazônica e o investimento na indústria bélica, na aeronáutica, na pesquisa espacial e nas telecomunicações. Há consenso entre os especialistas de que a carência de recursos humanos para alcançar esses objetivos foi um dos fatores determinantes para que se apoiasse a criação e a expansão da pós-graduação dentro e fora das universidades. Esse fato pôde ser constatado pela indução financeira e pela normatização das políticas de apoio ao desenvolvimento científico e tecnológico

efetivados pelo regime nesse campo - sobretudo na fase do chamado “milagre econômico”, no início da década de 1970.

Um dos pontos positivos da institucionalização da pós-graduação no Brasil, destacado pelas autoras, foi uma produção científica voltada para a realidade do país, e não com um enfoque metodológico meramente quantitativo e baseado em dados de outras realidades como a norte-americana, onde eram formados muitos de nossos doutores.

Ainda segundo as autoras, em 1976, a Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes) assume a responsabilidade pelo acompanhamento e pela avaliação da pós-graduação e põe em prática o I Plano Nacional de Pós-Graduação (PNPG), objetivando a formação de docentes de nível superior. O II PNPG mantém os mesmos propósitos do primeiro, com destaque para o processo avaliativo dos cursos. Por sua vez, o III PNPG é influenciado pelo contexto político da Nova República na busca pela “autonomia nacional”. Assim, “caberia à pós-graduação formar o quantitativo de cientistas necessário para o país atingir plena capacitação científica e tecnológica, condição esta, reconhecida como requisito para assegurar a independência econômica” (KUENZER; MORAES, 2005, p. 54: 63). Com esse plano, há a priorização do investimento em pesquisa científica, o que não foi suficiente para superar o enfoque dado à formação de docentes. Isso só aconteceu a partir das discussões para a formulação do IV PNPG, que, embora não tenha se concretizado, incitou a proposta de um novo modelo de avaliação, bem como a transição do modelo centrado na docência para a centralização na pesquisa.

A nova proposta sofreu severas críticas do meio acadêmico, que considerava que o processo avaliativo proposto inseria a pós-graduação na lógica de mercado, focado na alta produtividade em detrimento da qualidade e não levando em consideração as diferenças regionais. Em 2004, período de debates para a construção do V PNPG, a revista científica *Psicologia e Sociedade*, em edição denominada “Práticas avaliativas e produção de conhecimento”, problematiza o papel da pós-graduação nas ciências humanas e sociais mostrando a incompatibilidade entre as políticas de avaliação propostas e os objetivos da pesquisa de pós-graduação nessas áreas de conhecimento.

Caminhando pela história da pós-graduação em nosso país, vimos sua estreita ligação com as políticas econômicas estatais. Se isso, por um lado, favoreceu o desenvolvimento do país, por outro, intensificou um processo de produção capitalista dentro das áreas acadêmicas, comprometendo o exercício de pensamento que não estivesse diretamente vinculado à lógica de mercado.

Devemos lembrar que a pós-graduação se inscreve no âmbito das práticas educacionais, configuradas num contexto de hierarquização, ordenação e disciplina, que classifica e distribui os sujeitos por suas capacidades individuais. Da mesma forma, a educação se vincula ao processo de trabalho, que segue as mesmas demarcações e controle do espaço e tempo, bem como a especialização do trabalhador. Hoje, o mercado exige um profissional polivalente e flexível, que dê conta de um sistema de trabalho cada vez mais acelerado. Essa exigência altera o próprio processo de formação, que se torna, ao mesmo tempo, permanente, devido à valorização da polivalência, e descartável, a fim de acompanhar a velocidade das

inovações tecnológicas. Ambas as características, entretanto, visam a atender as necessidades impostas pelo mercado.

A escola que os tempos modernos e neoliberais desejam, é aquela que forme não o trabalhador que pensa e intervém num tempo, que é sempre histórico e coletivo, mas, o operário colaborador, competitivo, gerente e controlador de si mesmo em nome da produtividade e da competitividade (HECKERT, 2000, p.16).

A pós-graduação também deve ser pensada a partir de seu lugar de saber/poder. A racionalidade científica, influenciada pelo pensamento cartesiano, engendra formas de atuação pautadas em critérios de verdade universal, neutralidade e objetividade. A sensação de segurança provocada pela crença na previsibilidade e no controle oferecidos pelo cientificismo leva a sociedade ocidental à dependência dessa forma de conhecimento e à desconsideração de outros saberes. Dentro da própria ciência inicia-se um processo de segregação pautado na escolha do objeto, no rigor metodológico e na técnica instrumental, ao mesmo tempo em que os intelectuais assumem um lugar diferenciado na esfera social. Assim, cientistas/pesquisadores tornam-se referências - de tal forma que seus discursos e produções passam a ter imediata repercussão.

O Estado, atendendo a interesses do capital, permite uma aproximação cada vez maior entre o mercado e a mão-de-obra científica. Na contemporaneidade, embora existam muitos pontos de resistência, vigora a lei de produção de pesquisa para atender às demandas das grandes empresas, que são as responsáveis por seu financiamento. De acordo o Ministério da Educação (BRASIL, 2004), o capital privado também é um grande responsável pela absorção da mão-de-obra pós-graduada, principalmente no que se refere às áreas tecnológicas. Dentre os diferentes dispositivos produzidos pelo sistema capitalista, ressaltamos, por

exemplo, a divisão social do trabalho que irá instituir e naturalizar dois territórios muito bem definidos. O primeiro – o do saber/poder –, que é identificado como o lugar da competência, do conhecimento/reconhecimento, da verdade, dos modelos, da autoridade, do discernimento, da legitimidade e adequação de certos modos de ser. O segundo – o do não saber, o da falta –, é caracterizado como território de exclusão, visto ser desqualificado, condenado e segregado, sendo considerado até mesmo como danoso e perigoso – campo do desvio –, necessitando, sistematicamente, ser acompanhado, tutelado, monitorado e controlado (COIMBRA; LEITAO, 2003, p.8).

4.1 A pós-graduação stricto sensu em Saúde Coletiva

No que se refere mais especificamente à área de conhecimento em saúde, o período que vai de 1870 a 1930 é marcado pelo investimento nas academias de medicina focadas num ensino biomédico/clínico e assistencial. Há investimentos também na pesquisa baseada nos moldes científicos calcados na bacteriologia e na microbiologia. A partir da década de 1960, inicia-se a preocupação com a formação de mestres e doutores para a área da Saúde Pública, que, antes, era voltada somente para a capacitação de técnicos, residentes e especialistas. A década de 1970 marca uma fecunda discussão teórica sobre as relações entre saúde e sociedade, que culminou na criação de dois fortes e atuantes espaços de resistência e análise da situação da saúde no país: o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes), inaugurado em 1976, e a Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (Abrasco), em 1979. O objetivo da formação de pós-graduação em

Saúde Coletiva era capacitar os recursos humanos em saúde, formando profissionais capazes de atuar de forma polivalente, crítica e transformadora e também com conhecimentos na área de epidemiologia, planejamento e ciências sociais. (NUNES,1996; 2005).

No Brasil, existem hoje dezesseis mestrados acadêmicos em Saúde Coletiva aprovados pelo Ministério da Educação. O estudo de pós-graduação garante a constante problematização da área como um campo de saberes e práticas que se propõe instituinte; mas nota-se uma busca cada vez maior pela demarcação dessa área de conhecimento, objetivando respaldá-la cientificamente. Como propõem Minayo e Costa:

Quanto à estrutura curricular, o incremento das disciplinas de caráter filosófico e metodológico e uma grande diversidade de objetos e temáticas, por um lado, evidenciam pujança da área; de outro, revelam problemas de delimitação no âmbito dos saberes e práticas e, uma dispersão significativa nos modelos de organização dos cursos. Enfim, constata-se uma excessiva liberdade na elaboração dos conteúdos e das ementas disciplinares, sugerindo, ao lado da expressão criativa dos professores/pesquisadores/orientadores, dificuldades na demarcação técnica da formação (1997, p. 62).

Estudos avaliativos sobre os programas de mestrado e especializações na área da Saúde Coletiva (ALMEIDA, 2000; ALMEIDA et al, 2004; LABRA; STRALEN; SCOCHI, 1988; SÁ; SIQUEIRA; MARTELETO, 1999;) caracterizam sua clientela como multiprofissional, visto ser constituída tanto por profissionais das ciências da saúde quanto das ciências humanas e sociais. Relatam também, de modo geral, que a maioria dos alunos matriculados atua nos serviços públicos de assistência e/ou como docentes de ensino superior. Já no que diz respeito aos objetos de investigação, os pesquisadores perceberam uma aproximação entre a temática escolhida e a atuação do profissional, ou seja, os alunos se interessavam por

pesquisar questões relativas a seu cotidiano de trabalho, problemas oriundos daquela realidade, aproximando a academia do exercício em saúde.

A Saúde Coletiva, ao defender a ampliação do conceito de saúde, estimular a prática multiprofissional, enfocar a aproximação entre academia e serviço e regionalizar a atenção em saúde e a produção tecnológica, ao mesmo tempo em que impulsiona transformações na saúde, também impõe desafios às instituições de ensino, aos pesquisadores e aos docentes. Para problematizar essas questões, a Capes e o Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), com o apoio de pesquisadores da Saúde Coletiva, realizaram um processo de avaliação da pós-graduação *stricto sensu* em Saúde Coletiva, desenvolvido durante três anos (1994-1997). Os assuntos tratados foram resumidos no artigo publicado por Minayo e Costa (1998) e resultaram em quatro eixos principais: os cursos devem ter um núcleo comum de disciplinas? Como distinguir e articular as modalidades de formação pós-graduada? Como estabelecer parâmetros que preservem as características do campo e que, ao mesmo tempo, valorizem as diferenças próprias de cada curso? Como estimular a produção científica e tecnológica que esteja, ao mesmo tempo, de acordo com as necessidades assistenciais e de produção acadêmica?

Segundo os autores, hoje há uma crescente preocupação da academia com a demarcação dos conteúdos próprios da área, ainda que esteja entendida a importância da variedade de objetos e temáticas para a expressão criativa de pesquisadores e docentes. As propostas para tentar solucionar os questionamentos acima levantados passam justamente por essa via. Por um lado, os pesquisadores

optaram por não criar núcleos disciplinares comuns, objetivando valorizar os diversos recortes e formatos dos programas; por outro, pensa-se na implementação de um mestrado profissionalizante para atender a uma clientela de alunos/profissionais reforçando a ruptura entre academia e serviço. Nota-se, nessa discussão, um constante embate de forças no qual ora predominam práticas emancipatórias, ora há o predomínio de práticas tradicionais.

4.2 O mestrado em Atenção à Saúde Coletiva na Ufes

O Programa de Pós-Graduação em Atenção à Saúde Coletiva (PPGASC) está vinculado ao Centro Biomédico na Universidade Federal do Espírito Santo (Ufes), foi implantado em 1997 e aprovado pela Resolução 16/98 do Conselho Universitário, em 14 de outubro de 1998. O programa é regido pela Resolução n.º25/95 do Conselho de Ensino e Pesquisa e Extensão (Cepe) da Ufes e recomendado pela Capes em dezembro de 2002 (UFES, 2006).

Embora esteja vinculado ao Centro Biomédico, foi o Departamento de Enfermagem, mais especificamente, que pensou e articulou sobre a necessidade e sobre possibilidade de implementação de um programa de pós-graduação na área da Saúde Coletiva. Segundo histórico do programa, a principal contribuição dessa influência foi fugir da tradição na Saúde Coletiva de se constituir, inicialmente, nos cursos de medicina e nos departamentos de Medicina Social.

O PPGASC é o único programa na área da Saúde Coletiva do Espírito Santo voltado para uma clientela multiprofissional e comprometido com a qualidade do ensino, pesquisa e extensão na área da assistência à saúde.

A proposta do programa foi elaborada a partir da premissa de que a produção do conhecimento na área da saúde precisa redirecionar os paradigmas do isolamento, da fragmentação e da compartimentalização dos saberes, substituindo-os pelo exercício de uma prática mais integral, intersetorial e interdisciplinar (UFES, 2006).

Seus objetivos principais são:

- Atuar na formação de docentes pesquisadores em nível de Mestrado, a fim de possibilitar o desenvolvimento de infra-estrutura de pesquisa em saúde coletiva no âmbito das instituições formadoras de recursos humanos e nos serviços de assistência à saúde;
- Formar docentes com perfil para atuar na graduação, na pós-graduação *Lato Sensu* e em outros cenários que tenham como paradigma a saúde coletiva;
- Capacitar, na área da saúde coletiva, docentes e profissionais vinculados às áreas das ciências da saúde, sociais e outras áreas afins para realizar estudos nas áreas de políticas públicas, planejamento e administração em saúde e de riscos e agravos à saúde de grupos humanos;
- Proporcionar, numa perspectiva interdisciplinar e intersetorial, estudos que tenham impactos positivos sobre o processo saúde-doença-cuidado-qualidade de vida nos grupos humanos;
- Implementar parcerias institucionais que contribuam para fortalecer o projeto político-pedagógico, os núcleos de estudo, assim como as linhas de pesquisa que conformam o programa de pós-graduação em atenção à saúde coletiva, assim como o desenvolvimento de pesquisas que estudem a realidade nacional, sem perder a perspectiva da questão regional no contexto do Espírito Santo;
- Propiciar melhoria na qualidade do ensino de graduação dos diferentes cursos que compõem o Centro Biomédico da UFES e das outras áreas que contribuem com o saber e a prática da saúde coletiva (UFES, 2006). saber e a prática da saúde coletiva.

Além disso:

A implantação do Mestrado abre possibilidades para que os profissionais que atuam nos serviços de saúde – responsáveis pela assistência, planejamento, gestão, avaliação e execução das políticas de saúde – encontrem na Universidade um espaço adequado à discussão de temas de interesse do Estado, organizando,

ampliando e consolidando uma base conceitual, histórica, filosófica, política e metodológica que lhes permita intervir na realidade, a partir de uma postura mais crítica e voltada para a necessidade de vivenciar uma prática de caráter interdisciplinar (UFES, 2006).

Como vimos, o Mestrado em Atenção à Saúde Coletiva traz em seus objetivos principais um discurso que visa romper, no campo teórico e assistencial, com as práticas instituídas pelo modelo tradicional de Saúde Pública.

Assim, entendemos que as instituições de ensino, como o PPGASC, são locais privilegiados para a produção e/ou reprodução de discursos e práticas dos profissionais formados, implicando na forma com que esses lidam com os conceitos de saúde, doença, atendimento, gestão, participação. Desse modo, questionamos se nossas instituições de ensino continuam naturalizando formas de saber/poder médicos predominantes na saúde - ou se caminham promovendo outras formas de relações que visem a ações de expansão e de afirmação da vida. Tentar responder a essas questões contribui para repensarmos o que as ciências da saúde, de uma forma geral, têm produzido na prática cotidiana de trabalho. Que práticas são essas? A quem servem? Para que servem? O que, de fato, tem se produzido em suas efetivações concretas? Na medida em que a psicologia se insere no contexto dessas Ciências, estaria justificada a discussão da temática no mestrado em psicologia. Também devemos salientar que, embora os dados discutidos se refiram a uma realidade – a Pós-Graduação em Atenção à Saúde Coletiva da Ufes e as práticas desenvolvidas por seus alunos e pelos serviços de saúde do Estado do Espírito Santo –, eles poderão ser estendidos a outros programas e práticas que contenham a mesma proposta, uma vez que, apesar das particularidades contextuais de certa realidade, pode-se encontrar problemas e dificuldades comuns a alguns deles.

5 O OLHAR GENEALÓGICO

Quando Intentamos realizar uma avaliação genealógica – no caso, a do Mestrado em Atenção à Saúde Coletiva – visamos avaliar o conjunto de forças em embate nessa configuração, assim como para qual direção ele tem apontado. Dito de outra forma, buscamos perceber qual sentido (valor) é instituído a partir desse embate. Intentamos verificar se há um predomínio das forças ativas, plásticas, que afirmam a vida imanente: expansão e criação (modo existencial Ético) ou, ao contrário, se há um predomínio das forças reativas, adaptativas, que negam a vida através dos transcendentais de conservação e reprodução (modo existencial Moral).

O fundamental da genealogia é avaliar que conjunto de forças produz um certo tipo de valor e qual direção este valor imprime a vida (esta sendo concebida como movimento de expansão e não de adaptação). Uma direção ativa significa criar condições para que as forças ativas vivam o seu devir (ANDRADE, 1999, p. 77).

Para Nietzsche, não se trata de buscar a origem histórica de uma problemática, já que uma pesquisa da origem pressupõe que haja uma essência exata a ser encontrada, ou seja, a verdade da coisa como algo imóvel, paralisado e pronto, que se deu em determinado momento. Essa busca captura o jogo de forças e a processualidade em um referencial fixo inicial. Trata-se de encontrar, antes, a proliferação dos acontecimentos através da qual determinada configuração se constitui em constante movimento.

Não se busca um equilíbrio ou ordenação de fatos, mas, um conjunto de acidentes e de acontecimentos que não cessam de engendrar novas formas, pois a pesquisa genealógica não funda, muito pelo contrário, ela agita o que se percebia imóvel; ela fragmenta o que se pensava como unificado (ANDRADE, 2006).

Nessa perspectiva, para Foucault (2003), a genealogia não pode ser considerada uma metodologia científica - visto que não pretende atingir um conhecimento

verdadeiro e universalizante. Ao contrário disso, remete a busca pelo que não apareceu no discurso ou pelo que foi desqualificado. Contudo, o filósofo não entende a genealogia como a negação do saber científico ou como uma apologia à ignorância, mas como o combate aos efeitos do poder próprio do discurso cientificista.

Nesse sentido, a análise genealógica se impõe como uma estratégia de avaliação do *valor dos valores* presentes em um contexto. Significa entender a realidade como um constante movimento de produção de verdades; notar a reprodução de valores cristalizados e a criação constante de outros, que também se cristalizam; e procurar perceber em quais configurações predominam um ou o outro. Assim, tal análise visa sempre o embate de forças e qual direção tem aparecido como efeito desse embate (ARAÚJO, 2005).

Para Foucault, empreender uma análise genealógica significa avaliar qual a mecânica do poder em jogo e como ele se exerce, e não apenas analisar sua funcionalidade econômica. É preciso considerar a dimensão microfísica do poder, ampliando o foco que, na maioria das vezes, está em seu aspecto central ou de palco; é preciso deixar de analisar o poder apenas em sua intencionalidade ou seu planejamento, mas captá-lo nas práticas reais e efetivas. Da mesma forma, não podemos julgar o poder apenas em seu aspecto coercitivo ou de autoridade, porque o seu exercício se configura na positividade, como algo que gera satisfação e realiza desejos; não está circunscrito apenas às práticas verticalizantes, mas é um jogo que se faz em rede - e não algo que pertença apenas a alguns e não a outros, pois o poder é exercido por todos. Aponta o autor que, em nosso cotidiano, muitas de

nossas práticas apresentam-se como exercício de dominação; e outras, de resistência. Além dessas considerações, o autor propõe que o poder não pode ser dissociado do saber. Que o saber nunca é neutro e sempre é atravessado por relações de poder que devem ser postas em análise (FOUCAULT, 2003; 2005).

A partir disso, intentamos apreender, na presente pesquisa, quais valores instituem e sustentam os modelos de saúde e educação no discurso produzido no Mestrado em Saúde Coletiva. Em quais momentos e situações o aluno afirma a processualidade ou, ao contrário, a nega através de uma imposição de saber?

O pesquisador genealógico não concebe, assim, a problemática em questão como algo a ser conhecido/explicado (relações de causa/efeito) para, num segundo momento, ser corrigido ou transformado. Ele desconfia da própria problemática! E seu olhar estará voltado, principalmente, para o inesperado, para aquilo que está ali sendo negado, mas insiste em se produzir. O aleatório que surpreende e, quando afirmado, processualiza a criação de outros modos de estar (ANDRADE, 2007, no prelo).

Assim, neste estudo, as relações de saber/poder foram postas em análise a partir do discurso produzido pelos alunos do Mestrado em Atenção à Saúde Coletiva.

6 ASPECTOS METODOLÓGICOS

A opção pelo método qualitativo se deve ao entendimento de que os processos sociais não se limitam a dados quantificáveis. No entanto, optar por uma metodologia qualitativa não garante um distanciamento do pensamento positivista, que é característico do cientificismo. Embora reconheçamos que essa é apenas uma das formas de conhecimento da realidade – havendo outras, como a arte, a filosofia e a religião, que também tentam encontrar explicações para o sentido da existência –, sabemos que o tecno/racionalismo, em nossa sociedade ocidental, é o detentor do saber oficial sobre as questões da humanidade.

Como propõem Aragão, Barros e Oliveira (2005), o conhecimento científico é sempre produção de uma verdade em certas condições de observação. Assim, devemos considerar a fluidez do contexto social-histórico como uma limitação à uniformidade pretendida pelo cientificismo. De acordo com Morin (2005), a ciência não deve se propor a refletir o real, mas a traduzi-lo em teorias mutáveis e refutáveis. Desse modo, a ciência pode ser pensada como uma idéia reguladora - e não como modelos e normas a serem seguidos. Não se trata, assim, de um *a priori*, mas do que foi produzido em determinado momento histórico com toda a especificidade do processo de conhecimento.

Desse modo, construir um procedimento metodológico significa implementar uma problematização, ou seja, a metodologia deve ter a função de interrogar o que se encontra instituído socialmente.

A ciência está marcada por uma problematização operada por uma tendência crítica. Problematização que caracteriza o momento em que a ciência se defronta com o novo e inesperado que a força a pensar e divergir de si mesma. Esse processo nos permite ultrapassar da simples descoberta para produção de conhecimento, que é invenção de si e do mundo (ARAGÃO; BARROS; OLIVEIRA, 2005, p.2).

De modo geral, a metodologia tem sido associada à utilização de estratégias formais que têm como modelo o campo das ciências naturais ou exatas. Isso faz com que, muitas vezes, a metodologia de pesquisa seja diretamente identificada com a sua dimensão técnica. Outro aspecto percebido é o endeusamento das técnicas, o que pode produzir na pesquisa um formalismo árido. Ao contrário, entendemos que a produção de conhecimento está muito mais associada à violação das regras do que propriamente à sua obediência. Não se trata, entretanto, de desprezo às estratégias e técnicas de abordagem da realidade, mas da refutação do reducionismo dos diferentes tecnicismos.

Entendemos metodologia como “o ato de como proceder o pesquisar”. Ato que vai além de uma descrição formal dos métodos e técnicas a serem utilizados, pois indica as opções e a leitura feita pelo pesquisador do quadro teórico utilizado. A metodologia fala de uma forma de trabalhar que diz de uma postura ética e política, ou seja, da visão de mundo adotada pelo pesquisador, visão que é construída historicamente e que se remete a desejos e afetações. E não pode ser reduzida a um mero formalismo técnico; ela é o potencial inventivo do processo de investigação (ARAGÃO; BARROS; OLIVEIRA, 2005).

A postura ética assumida neste estudo entende os discursos/práticas como conformadores cotidianos de poderosas estratégias de normatização e regulação de valores, sentimentos e modelos de pensar/agir em determinado grupo social, funcionando assim, como modos de subjetivação. Longe de pensar uma natureza humana passível de universalidade e explicação causal, avaliamos a subjetividade como produto de uma rede de equipamentos sociais responsáveis pela serialização,

modelação e individualização das pessoas. Ou seja, uma subjetividade “essencialmente fabricada e modelada no registro social” (GUATTARI; ROLNIK, 1996).

Tal concepção de subjetividade implica em uma ruptura absoluta com a noção metafísica de sujeito como uma essência do eu, que seria passível de ser conhecida e explicada sob denominações como personalidade, identidade, caráter ou qualquer modelo funcional e/ou estrutural (GUATTARI; ROLNIK, 1996). O processo de produção de subjetividades mostra-se atravessado por uma série de forças, fluxos, desejos, interesses, paixões e outros componentes múltiplos. “A noção de subjetividade não pode ser confundida com a de indivíduo. Ela não é um dado e, assim, não é passível de totalização ou de centralização no indivíduo” (MANCEBO, 1999, p. 36).

Assim, neste estudo, não se trata de analisar o “sujeito” que fala, saber quem fala ou por que fala, mas analisar, a partir do discurso produzido pelos alunos do Mestrado em Atenção à Saúde Coletiva, quais modos de subjetivação têm sido engendrados na formação e na prática em saúde, entendendo esse discurso como inseparável do complexo campo social e histórico no qual está inserido.

Concordando com Aragão, Barros e Oliveira, (2005) essa investigação não tem o objetivo de constituir explicações universais, já que as práticas são pontuais, singulares, circunstanciais e localizadas. Objetivamos produzir inquietações e positivities. A partir disso, análises comparativas, generalizações e totalizações

são descartadas, pois remetem a uma visão de mundo que essencializa e naturaliza sujeitos e objetos.

6.1 Objetivo Geral

Desenvolver uma avaliação genealógica do Mestrado em Saúde Coletiva da Ufes, tendo como referência o discurso de alunos que atuam em serviços públicos de saúde.

6.2 Objetivos Específicos

Verificar quais são as contradições e/ou pertinências entre os objetivos do programa e o discurso dos alunos do mestrado.

Verificar quais são as problemáticas e dificuldades enfrentadas pelos alunos em sua atuação no campo da Saúde.

Avaliar o embate de forças presente nas diversas configurações (curso e prática) e apreender em quais momentos e situações o aluno afirma a processualidade (sentido Ético) ou, ao contrário, a nega através de uma imposição de saber (sentido Moral).

6.3 Participantes

A opção pelo Mestrado em Atenção à Saúde Coletiva se deve à intenção de investigar os processos de formação na área da saúde no nível da pós-graduação, em especial no que se refere ao recente movimento nomeado Saúde Coletiva. Partimos das seguintes indagações: o que seria formar trabalhadores na saúde na perspectiva que apontamos? Quais as suas implicações no serviço público de saúde?

Foram entrevistados oito alunos de uma turma do Mestrado em Atenção à Saúde Coletiva. A turma era constituída por vinte alunos, dentre os quais dez tinham vínculo empregatício com o serviço público de saúde. Desses, oito foram entrevistados. Com os outros dois não conseguimos contato. Os demais alunos atuavam na rede privada ou eram exclusivamente pesquisadores.

O critério para a seleção dos participantes baseou-se no interesse de escutar alunos do Mestrado em Atenção à Saúde Coletiva com vivência/experiência no serviço público de saúde, intentando captar também o discurso deles sobre sua prática profissional e sua relação com a formação.

Foram entrevistados dois enfermeiros, dois médicos, dois assistentes sociais, um farmacêutico e um psicólogo. Entre eles, seis atuavam como gestores (coordenadores de programas ou de setor e de secretaria de saúde), todos trabalhavam (ou trabalharam) na atenção básica e três também eram professores do ensino superior. Entre a diversidade de locais de atuação, podemos citar hospitais, unidades básicas e secretarias de saúde da Grande Vitória e interior do Estado.

6.4 Procedimentos

Considerando o caráter processual da pesquisa tal como a concebemos, mudanças nos procedimentos foram acolhidas e deram o formato final deste estudo. O critério para acolher as mudanças foi poder estar mais próximo de atingir o objetivo do trabalho: proceder a uma análise genealógica do Mestrado em Atenção à Saúde Coletiva baseada no discurso/prática de seus alunos.

O primeiro contato com a turma do mestrado foi feito com a coordenadora do programa de pós-graduação em atividade naquele período. Por meio de uma conversa informal, foram estabelecidos os critérios para o meu acesso aos alunos do curso. A própria coordenadora acionou os alunos da turma especificada e conseguiu autorização deles para a liberação da lista com nomes e e-mails. A partir dessa listagem, foram feitos os contatos via internet.

Foram enviados *e-mails* a todos da lista, totalizando vinte pessoas; contudo, poucos retornaram a mensagem. Quando o faziam, a entrevista era marcada no local escolhido pelo estudante, e os espaços variaram entre o campus universitário e seus locais de trabalho. Após as primeiras entrevistas, o contato com os demais alunos foi facilitado, pois os colegas passaram a intermediá-lo.

As entrevistas abertas (pedimos apenas para que os alunos falassem de sua formação e prática profissional desde a graduação até os dias atuais) foram realizadas individualmente e gravadas, com autorização dos participantes, com o

propósito de serem posteriormente transcritas para Análise do Discurso como proposto por Foucault (2005) e detalhada a seguir.

Nossa intenção foi captar o discurso dos alunos sobre sua formação no Mestrado em Saúde Coletiva, no entanto, achamos pertinente incluir na questão disparadora a prática profissional e formação de graduação visto acreditarmos que o discurso sobre a prática e sobre a graduação poderiam trazer importantes elementos para a construção do discurso sobre a formação em Saúde Coletiva. Contudo a passagem por esses pontos não era obrigatória, os participantes ficavam a vontade para descrever sua vivência sendo interrompidos pelo entrevistador apenas para esclarecer algum ponto.

Os participantes receberam um termo de consentimento (APENDICE A), em duas vias, que trata da proposta da pesquisa e garante o sigilo da identidade. Visando garantir esse sigilo, e considerando que a coleta de dados abrangeu um número pequeno de participantes, optamos por não identificá-los por profissão na análise dos resultados.

6.6 Tratamento dos dados

Proceder à Análise do Discurso como proposta por Foucault significa que “não é preciso remeter o discurso à longínqua presença da origem: é preciso tratá-lo no jogo de sua instância” (FOUCAULT, 2005, p. 28: 31). Assim, ao optarmos pela Análise do Discurso, não estamos buscando um *a priori* identificável na fala dos

entrevistados; também não nos referimos à busca de algo oculto que será revelado mediante a interpretação do autor. A descrição de acontecimentos do discurso coloca uma outra questão bem diferente: “como apareceu um determinado enunciado, e não outro em seu lugar?” ou “que singular existência é essa que vem à tona no que se diz e em nenhuma outra parte?”. Analisar o discurso seria, para o autor, dar conta de relações históricas, de práticas concretas que estão ‘vivas’ nos discursos. Foucault ainda sublinha a idéia de que o discurso sempre se produziria em razão de relações de poder. De acordo com Fischer (2001), isso significa trabalhar arduamente com ele, deixando-o aparecer na complexidade que lhe é peculiar. Significa explorar ao máximo seus materiais e entender que é uma produção histórica e política, na medida em que as palavras são também construções e que a linguagem é constitutiva de práticas.

[...] gostaria de mostrar que o discurso não é uma estreita superfície de contato, ou de confronto, entre uma realidade e uma língua, o intrincamento entre um léxico e uma experiência; gostaria de mostrar, por meio de exemplos precisos, que, analisando os próprios discursos, vemos se desfazerem os laços aparentemente tão fortes entre as palavras e as coisas, e destacar-se um conjunto de regras, próprias da prática discursiva. [...] não mais tratar os discursos como conjunto de signos (elementos significantes que remetem a conteúdos ou representações), mas como práticas que formam sistematicamente os objetos de que falam. Certamente os discursos são feitos de signos; mas o que fazem é mais que utilizar esses signos para designar coisas. É esse mais que os torna irredutíveis à língua e ao ato da fala. É esse ‘mais’ que é preciso fazer aparecer e que é preciso descrever (FOUCAULT, 2005, p. 37).

Para esse autor, tudo se refere às relações de poder e saber; tudo é prática social e se implica mutuamente. Assim, o discurso constitui-se como uma prática, e exercer uma prática discursiva significa falar segundo determinadas regras e expor certas relações que se dão dentro do discurso (FISCHER, 2001).

Foucault, em uma de suas definições sobre o discurso, propõe: “Chamaremos de discurso um conjunto de enunciados que se apoiem na mesma formação discursiva”

(2005, p. 62). O discurso também é definido como uma dispersão, isto é, como sendo formado por elementos que não são ligados por nenhum princípio de unidade. Considerar a dispersão significa permitir que aflorem as contradições, as diferenças, os esquecimentos; enfim, deixar aflorar a heterogeneidade que subjaz a todo discurso. Para darmos conta da dispersão de um discurso, devemos estabelecer “regras de formação”, que, segundo Foucault, seriam os objetos que aparecem no discurso, os tipos de enunciação que o permeiam e os conceitos em suas formas de aparecimento.

Dessa forma, quando nos propomos a analisar o discurso produzido no Mestrado em Atenção à Saúde Coletiva, estamos conceituando esse discurso como uma prática social e sublinhando a idéia de que ele sempre se produziria em razão de relações de poder.

Desse modo, consideramos que o discurso produzido pelos alunos do Mestrado em Atenção à Saúde Coletiva será necessariamente constituído por uma heterogeneidade; ou, como propõe Foucault, por uma dispersão. Com o intuito de capturar essas **contradições e/ou paradoxos**¹⁴, identificaremos no discurso dos participantes elementos que apontem para uma **prática tradicional** (Saúde Pública) ou para uma **prática emancipatória** (Saúde Coletiva). É importante salientar que esses elementos nunca estão isolados, mas inseridos num contexto maior (político, social e ideológico), capaz de originar esse discurso e não outro em seu lugar.

¹⁴ Contradições são entendidas, aqui, como o predomínio da captura dos sentidos e práticas por algo instituído, enquanto os paradoxos apontam para o predomínio da pluralidade de sentidos, da processualidade que não nega a diferença, mas, ao contrário, a afirma.

Considerando a dispersão dos discursos, os enunciados foram reorganizados (*a posteriori*) de acordo com três temáticas que se destacaram: a formação de graduação, a prática profissional no serviço público e a formação no Mestrado em Atenção à Saúde Coletiva. Nosso objetivo, contudo, não foi delimitar categorias de análise estanques, ao contrário, intentamos observar as redes, as relações emergentes entre esses enunciados. São os fluxos, as interconexões que nos interessam.

7 RESULTADOS

7.1 Graduação – espaços técnicos do que/como fazer ou espaços de experimentação/criação?

Embora o debate sobre a graduação não tenha sido, inicialmente, a proposta deste trabalho, achamos pertinente criar uma categoria de análise sobre a temática, tendo em consideração sua estreita relação com nosso objetivo principal - e, principalmente, devido à significativa menção ao tema nas falas dos entrevistados.

Quase à unanimidade, os alunos entrevistados consideraram a formação de graduação insuficiente para dar conta do trabalho que realizam hoje na área da Saúde Pública.

”Mas a minha graduação, minha preparação daquele momento para o que eu exerço hoje, não foi suficiente nem adequada. Pra você ter idéia, eu não me lembro de ter tido uma aula sobre infecção hospitalar na minha graduação.”

“[...] então, por exemplo, eu sempre atuei na área da saúde, mas na formação (de graduação) ela não te prepara para atuar na área da saúde.”

“[...] (na graduação) a parte da saúde é focalizada no trabalho de grupo, no atendimento individual é mais apoio aos usuários, aos clientes e às famílias.”

“E eu acho que o que eu fiz depois foi muito pra área de epidemiologia, de planejamento, de gestão; que, lógico, teve todo o despertar pela aptidão pessoal, e o serviço social me ajudou a ter essa visão mais ampla sobre a sociedade e o Estado, mas não me preparou para as funções que eu vim a assumir depois.”

“Minha formação de graduação foi muito legal, mas, assim, em se tratando do trabalho em saúde, não ajudou muito não, assim. Tá inserido no trabalho na Secretaria de

Saúde como psicólogo e tal, né? Pro atendimento, pra clínica, trabalho em grupo, assim (...) claro que favoreceu, mas, em termos de entender o que é a área da saúde, o que é a saúde, que é a Reforma Sanitária, o que é o SUS, essa história toda (...) estudei muito pouco disso, ou quase nada.”

“[...] a área de política de saúde também, em atenção básica, existiam coisas que eu não tinha conhecimento: de gestão, de políticas. Algumas pessoas agora vêm reclamar e eu falo ‘isso é atenção básica’ e a pessoa fala: ‘Mas tudo não é SUS?’ Aí eu falo: ‘Não, não, mas tem uma coisa que é competência do município, outra coisa que é competência do estado e outra, do governo federal.’ Eu trabalhei 15 anos no serviço público e só no mestrado eu aprendi essas questões.”

“[...] durante a graduação, eu já percebia que a gente estava se afastando das questões de assistência, de planejamento de políticas. Então, esse embate sempre aconteceu (...) bom, (...) minha dúvida é: ‘E o impacto que isso traz?’. A gente, quando estava discutindo medicamentos genéricos, que foi uma questão bem discutida, ficávamos dentro da sala de aula discutindo todos os aspectos técnicos do medicamento genérico, e em momento nenhum, esclarecia: ‘Por que estamos implantando o medicamento genérico? Quem está se beneficiando com isso?’”.

Os principais motivos para tamanha insatisfação se referem principalmente a:

- 1) Ausência de disciplinas que tratassem de temáticas específicas, com “infecção hospitalar”, “Reforma Sanitária”, e “História do SUS”.
- 2) Inadequação da grade curricular de cursos, como psicologia e serviço social, em relação à área da saúde. Embora tenham descritos com o adjetivo “legal” ou como detentores de uma “visão mais ampla” de homem e sociedade, quando comparados a outros cursos, enfocavam unicamente aspectos da atenção assistencial em saúde, como “clínica”, “atendimento em grupo”, “atendimento individual”.

- 3) Ausência do exercício de reflexão crítica sobre os conteúdos trabalhados em sala de aula. Reprodução maciça de conhecimentos prontos, em detrimento da valorização de uma experiência ética e criativa.

Se, por um lado, os discursos denunciam o distanciamento entre academia e serviço público de saúde, por outro, nos parece que a questão central está relacionada à necessidade de absorver conteúdos teóricos/práticos, que possam se adequar a uma realidade diferente e que sirvam de referência para a prática na Saúde Pública, que passa a ser certificada por um aval cientificista.

A genealogia desse discurso está, justamente, na herança modelar de negação dos saberes não oficiais. A necessidade de disciplinas/teorias/técnicas que expliquem/ensinem como se deve atuar ou o que/como fazer é resultante de um modelo educacional disciplinar. Segundo Espinosa (apud ANDRADE, 2006), tal modelo favorece a decomposição das potências de ação, não permitindo o exercício ético advindo da alegria da experimentação e da invenção de outros modos existenciais.

Em meio à predominância de discursos morais, uma fala questiona a rigidez imposta pela formação tradicional, rompendo nesse ato/discurso com a lógica instituída. O aluno se angustia com a discussão sobre medicamentos genéricos, que, a seu ver, fica limitada a aspectos técnicos, e provoca: “Por que estamos implantando medicamentos genéricos? Quem está se beneficiando como isso?”. Além disso, revela sentir-se frustrado por seu curso não estimular esse debate. O mesmo aluno

conta que, durante a graduação, foi o centro acadêmico da faculdade, e não a sala de aula, o espaço dos encontros verdadeiramente criativos.

“Inclusive essa participação sempre gerava muitos conflitos com a parte (...) com as disciplinas do curso de farmácia (...) pelo fato de você estar inserido nisso, você percebe - durante a graduação, eu já percebia - que a gente estava se afastando das questões de assistência, de planejamento de políticas. Então, esse embate sempre aconteceu; bom (...) minha dúvida é: ‘E o impacto que isso traz?’ A gente, quando está discutindo medicamentos genéricos, que foi uma questão bem discutida, ficávamos dentro da sala de aula discutindo todos os aspectos técnicos do medicamento genérico e em momento nenhum esclarecia: ‘Por que estamos implantando o medicamento genérico? Quem está se beneficiando com isso?’ Em parte foi bastante frustrante. O CA era a via que eu tinha pra ter contato com essa área.”

De acordo com as falas, o curso de graduação em psicologia foi caracterizado como “favorecendo” uma cultura de trabalho focada na “clínica” e no “atendimento em grupo”. Esse discurso está de acordo com diversos estudos (ANDRADE; 2006, 2007; DIMENSTEIN, 1998,1999, 2001; TRAVERSO-YÉPEZ, 2001) que relatam, justamente, a predominância desse tipo de formação nos cursos de psicologia, resultando na dificuldade enfrentada por esses profissionais quando deparados com espaços de atuação diferenciados do tradicional consultório, como as unidades básicas de saúde, por exemplo. Esses profissionais tendem a reproduzir em seu campo de trabalho as “técnicas” adquiridas na faculdade. As pesquisas acima mencionadas, além de apontarem a clínica tradicional e os atendimentos (acolhimentos) em grupo como os procedimentos mais usados, também denunciam a reclamação dos próprios psicólogos quanto à não continuidade dos tratamentos por parte dos pacientes. Ao invés de problematizarem sua própria prática nesse contexto, os profissionais limitam-se a culpabilizar os usuários, considerando tal

atitude como falta de responsabilidade ou dificuldade de entendimento do procedimento terapêutico.

“Também porque eu estou dentro da saúde e preciso aprender mais sobre isso: o que é saúde? Qual o conceito de saúde? Me aprofundar mais, porque muitas vezes eu ficava meio, assim, perdido em alguns debates. Até que quando eu estava na Unidade de Saúde não, porque lá tem muito trabalho de psicólogo, trabalho de grupo, trabalho com adolescente, atendimento individual, que a minha formação me dava condições pra isso, né? Mas com a entrada na secretaria como gestor de uma política, aí, sim, aí eu tive que pegar e estudar mais. Porque minha formação não me deu. E eu acabei assim: ‘O que é uma comissão bipartide, tripartide?’. Hahahaha. NOR 56, NOR não sei o que lá, Arouca não sei o quê. Hahaha. Eu sei o que é Freud, mas, esses aí (...) Hahaha. Tipo assim, quem são os teóricos da saúde? Quais são as teorias que norteiam as práticas, né? Quem propõe outras maneiras de ver a saúde, né? Sair daquele conceitinho da Organização Mundial de Saúde, hahahaha, ‘(...) saúde não é só ausência de doença, é o bem estar (...)’ [...]”.

O curso de graduação em farmácia é destacado, na fala do profissional dessa área, como “extremamente técnico”, voltado para o “monitoramento” das pessoas quanto ao uso de medicamentos e distanciado da realidade socioeconômica de classes menos favorecidas.

“A formação em farmácia é muito técnica. Extremamente técnica. Então, os dramas, as dificuldades, isso tudo, eu não esperava ter que lidar com isso (...) dessa forma. E nesse período exercia (...) prestando atenção farmacêutica, orientação quanto ao uso de medicamentos, e foi um período de intenso aprendizado em especial porque é uma região que, ainda que não seja muito pobre, as pessoas têm ainda dificuldade de acessar os serviços de saúde, então acabava (...) por confiança e pelo tempo que a farmácia estava no bairro, caindo sobre o farmacêutico algumas responsabilidades de monitoramento da saúde das pessoas, e, constantemente, diversas pessoas voltavam regularmente à farmácia pra conferir o andamento de um tratamento que já vinha sendo feito há algum tempo. E lidar com isso foi muito interessante! Não tinha essa perspectiva porque a formação em farmácia é muito técnica. Extremamente técnica, então, os dramas, as dificuldades, isso tudo, eu não esperava ter que lidar com isso (...) de forma assim tão constante, tão íntima, logo depois que eu me formei.”

“[...] Então eu saí extremamente técnico, inclusive tratava a tuberculose de forma técnica.”

A graduação em medicina aparece no discurso dos entrevistados como um espaço de ensino que sustenta/reproduz a cultura da supervalorização do saber médico:

“Quando a gente entra no anatômico, no primeiro período de medicina, a gente vira doutor: ‘Aí, já é doutor!!’, ‘Aí, já doutor!!’, ‘Aí, já é doutor!!’ (...) a gente acostuma com aquilo e tal”.

Nota-se também a predominância de conteúdos voltados para o enfoque biomédico, reforçando um entendimento de homem como “máquina”, “compartimentado” e descontextualizado de um cenário sócio-histórico.

“Eu formei em 90, não tinha (...) quando você está na faculdade de medicina você não vê isso, não (falando sobre as políticas públicas). Você fica bitolado nesse trem aqui (aponta pra um livro de anatomia que estava na mesa).”

A graduação em enfermagem não foi enfocada de forma tão direta pelos entrevistados como os demais cursos. Um dos profissionais dessa área considerou o curso insuficiente na capacitação para a atuação com “infecção hospitalar”, sendo preciso recorrer a cursos complementares. Na próxima categoria de análise – o discurso sobre as práticas profissionais –, será possível visualizar melhor as resultantes dessa formação.

A graduação em serviço social, assim como a de psicologia, foi caracterizada pela “questão assistencial do especialista”, entendida pelos alunos como “atendimento individual”, “trabalho de grupo” e “organização e apoio a grupos populares”.

“Na época que eu fiz, o programa era mais voltado para a questão assistencial do especialista e a promoção da comunidade, organização e apoio a grupos populares, por exemplo.”

“No serviço social, a parte da saúde é focalizada no trabalho de grupo, no atendimento individual [...].”

No entanto, mesmo tendo destacado seu aspecto assistencial e reclamado da ausência de conteúdos específicos sobre a área da saúde em sua grade curricular, diferentemente dos demais profissionais, os assistentes sociais descreveram sua formação como “mais ampla” e voltada para o “sujeito como um todo”.

“[...] o serviço social me ajudou a ter essa visão mais ampla sobre a sociedade [...].”

“Só que a nossa formação trabalha muito com a questão do nosso objeto, que é o sujeito, o ser humano. Esse sujeito na contextualização da família, no trabalho, nas instituições, na comunidade como um todo; então nosso foco sempre é esse sujeito. Não importa em qual área que você atue, o seu foco é a contextualização desse sujeito. [...] Porque você não se forma preparado para trabalhar na saúde ou na educação ou no campo da justiça, a sua prática depois é que vai te moldando, né?”

A Saúde Coletiva, como um movimento de luta pela transformação na saúde, implica justamente em incluir a dimensão sócio-histórica às práticas nessa área. A fala dos alunos é um alerta para que esses cursos continuem a ser pontos de resistência aos modelos curriculares tradicionais de saúde, que são focados no apoio diagnóstico, terapêutico e limitados ao hospital universitário.

Entendemos que esses discursos, de modo geral, indicam um excesso de conteúdos disciplinares e assistencialistas na graduação, responsáveis por conformar posturas também disciplinares e especialistas na prática desses

profissionais. Sendo assim, acreditamos na importância das mudanças curriculares nas graduações, no sentido de tornar o SUS parte dos conteúdos integrantes desses cursos. Mas o objetivo dessas mudanças seria uma aproximação mais efetiva entre a universidade e o serviço público de saúde, e não a mera reprodução de teorias, legislações e diretrizes.

7.2 As práticas em Saúde Pública

Mazelas humanas para além do biomédico

Nessa categoria temática nos deteremos em observar, na fala dos alunos, o que eles têm problematizado - tanto em uma dimensão emancipatória/ética (relações horizontais, autonomia e participação) quanto na dimensão restritiva/moral (relações verticalizadas, reprodução de saberes/poderes). Nos deteremos também em avaliar como esses profissionais de Saúde Pública têm respondido a uma formação que, como vimos, é disciplinar, pautada no modelo tecno/assistencialista e na valorização do saber especialista. Será observado ainda até que ponto esses profissionais têm criado, e quais têm sido suas estratégias para provocar outros modos de fazer e pensar tanto a saúde quanto os modos de subjetivação contemporâneos.

Os sentimentos expressos pelos profissionais de Saúde Pública entrevistados mostram a predominância de certo mal-estar causado pelo enfrentamento de dificuldades que ultrapassam as já problemáticas questões do sofrimento diante do adoecimento, como a miséria, a violência e a exclusão social.

“Até porque era uma comunidade que demandava muito, muito cuidado, cuidado em saúde, com muita pobreza, muita miséria. Coisas, assim, de não ter água em casa, de não ter como descer o morro pra fazer uma consulta, de ter que chegar à Unidade às seis horas da manhã pra conseguir uma ficha, e aí chega às sete horas, oito horas e não tinha a ficha, não tinha mais atendimento. Um cenário muito caótico mesmo (...) muito assim (...) apesar dessa dedicação dos funcionários, a gente via que essa população carecia de muito mais, precisavam de muito mais do que isso, essas pessoas, né?”

“Quantas vezes a gente tinha que conseguir alimentação pra uma pessoa que vinha pra uma consulta, mas vinha sem café da manhã, sem almoço. São situações que a gente vivencia no cotidiano [...].”

Como propõe Gadelha-Costa (2005), esse fardo também é carregado por profissionais da educação pública e por profissionais de serviços assistenciais, pois esse mal-estar:

[...] residiria no fato, eminentemente político, econômico e social, de ambos constituírem categorias profissionais “destacadas” pela sociedade para lidarem, como linha de frente, com a dura realidade da miséria, da violência e da exclusão, bem como com seus perversos efeitos (2005, p.3).

Num país como o Brasil, com tamanhas desigualdades sociais e econômicas, os serviços públicos acabam tornando-se sinônimos de atendimento gratuito às classes pobres, e os profissionais de saúde são convocados a lidar com as mazelas que atravessam suas atividades cotidianas. Dessa forma, as instituições de saúde acabam se tornando “linhas de frente” no contato com uma dura realidade e seus efeitos. A surpresa refletida nas falas dos alunos ao se depararem com essa realidade aponta para a necessidade de trazer essa discussão – dimensão político-social da saúde – para a formação. Os sentimentos de angústia e impotência expressos podem ser encarados como pontos de resistência em relação a um modelo de atenção que desconsidera a abrangência das questões sociais.

Um entrevistado relata ainda que, embora sua experiência tenha sido rica (atuação num hospital público), não gostaria de voltar a ela, pois “você se sensibiliza muito”. Como trabalhar com saúde sem se sensibilizar? Que modos de subjetivação têm produzido profissionais que anseiam por não se envolver, não se sensibilizar? Como lidar com o Outro dessa forma?

“É ali que você se depara com os maiores impasses, assim, de como fazer, do que fazer, como atuar com esse ser humano, o que você pode estar o ajudando; porque você se depara com a dor, você se depara com a angústia, você se depara com as questões sociais. Muitas vezes, não é só a doença em si que está prejudicando essa pessoa, são as questões sociais, de abandono, paciente que está abandonado no hospital. Então, pra mim é assim, a experiência mais rica na saúde foi esse período que eu passei no hospital, embora eu não gostaria de voltar. Porque você se sensibiliza muito. O profissional fica muito sensível a isso. Principalmente se você trabalha numa área de pediatria ou numa área de UTI, né? Uma área de pacientes terminais. São questões que mexem muito com você enquanto ser humano, e, ao mesmo tempo que você tem que estar dando esse suporte, e tendo esse cuidado com o outro, mas você também se fragiliza muito. Eu acho, assim (...) é uma parte onde eu aprendi muito, mas não voltaria.”

Ainda que os profissionais demonstrem reconhecer a abrangência das questões que perpassam um sistema público de saúde, as posturas adotadas diante de tal realidade são predominantemente especialistas e assistencialistas: “Cuidado com o outro”, “conseguir alimentação”. A carência ou a necessidade impedem o sujeito atendido de exercer sua autonomia, de colocar-se politicamente diante das situações que o afligem. Ele fica submetido ao saber oficial dos profissionais de saúde que, por sua vez, sentem-se impelidos, seja por humanidade, caridade, bondade, a solucionar de forma imediata (conseguir comida, atender nos corredores) problemas que não consideram sendo de sua responsabilidade.

Seria preciso romper com os valores morais que dominam os modos existenciais, tanto de profissionais, quanto da população, construindo uma relação ética com a comunidade. O trabalho no sistema público de saúde provoca o deslocamento de um lugar privado (consultórios particulares, clientela elitizada) e dos objetos e instrumentos específicos de atuação, uma vez que esse contexto exige um compromisso explícito com a transformação social - que antes, era delegado somente aos trabalhadores sociais. Mesmo reconhecendo que tanto as precárias condições de sobrevivência da população quanto o limitado apoio aos profissionais no exercício de sua atividade são infortúnios de uma ordem política e econômica desfavorável, isso não seria impeditivo de ações mais coletivas e efetivas.

Trabalho em equipe ou produção coletiva?

Todos os alunos entrevistados mencionaram direta (definindo-os) ou indiretamente (associando-os à sua prática) o termo interdisciplinaridade ou multidisciplinaridade em seu discurso. Ao tentarem explicá-los, defini-los ou diferenciá-los, chegaram às seguintes considerações:

“[...] interdisciplinaridade, você acaba ouvindo outros profissionais, ouvindo, respeitando e dividindo, a responsabilidade não fica tanto em cima do médico sobre a questão da cura [...].”

“[...] daí um exemplo de interdisciplinaridade seria essa visão de que todos podem, não só o médico e o enfermeiro, ter o cuidado com a infecção hospitalar, todos, todos que estão próximos do doente ou da família podem estar chamando atenção para alguma ação ali [...].”

“Multidisciplinar porque convivem vários saberes, mas cada um na sua caixinha, eu acho que funciona assim; na interdisciplinaridade não é assim, a gente abre um pouquinho do domínio de conhecimento de cada um pra criar uma nova disciplina, talvez, né?”

Durante as entrevistas, as falas sobre interdisciplinaridade e multidisciplinaridade eram, quase sempre, entrecortadas por pausas, interrogações: “Não sei se uso inter ou multi; qual que é o certo?”. Esse comportamento evidencia um certo desconforto quanto à utilização dos termos. Notamos o engessamento do discurso sobre esses conceitos, que ficou excessivamente preso aos conteúdos acadêmicos e literaturas da área. Contudo, parecia necessário falar, ao mesmo tempo, sobre essa temática na entrevista, quando eram questionados sobre sua experiência profissional e relacionamento com a equipe. Acreditamos que, hoje, ambos os conceitos são palavras de ordem no mercado profissional e resultantes da excessiva especialização dos saberes, o que originou a demanda por um reagrupamento das diversas áreas de conhecimento/práticas para dar conta da complexidade dos fenômenos da saúde.

Diferentemente das definições acadêmicas acima, esses conceitos ganham contornos singulares e afetivos quando referidos às práticas:

“[...] quando você vai pra um órgão central atuar nos programas, não importa muito a sua formação, lá na minha equipe tem assistente social, tem odontólogo, tem médico, tem enfermeiro, mas pra gente não faz muita diferença, porque nosso trabalho está voltado para a orientação ao município. Então, talvez interfira mais quando a gente vai pensar numa capacitação, quando a gente vai planejar alguma coisa, talvez possa estar interferindo mais. Na rotina mesmo, no dia a dia, quem assessora o município não faz diferença a formação. Então é uma forma legal de estar trabalhando a questão da gestão, são vários profissionais, mas (...) de uma forma tranquila. Não tem muito, assim, o que que é um, o que que é outro (...) a não ser, assim (...) quando é uma coisa

específica que a gente resgata a questão da formação. Eu acho que essa é uma experiência muito rica, e a gente acaba levando muito disso pros municípios, da possibilidade de você estar trabalhando com diferentes profissionais, da quebra da hierarquia, porque, querendo ou não, na área da saúde tem uma hierarquia que é colocada, do profissional médico que detém o saber, que detém o conhecimento, então, que muitas vezes isso é (...) eu acho que assim (...) na ponta, como a gente fala (...) nas unidades de saúde ou nos hospitais isso é mais difícil de ser quebrado, porque o modelo ainda tá muito montado pra assistência médica, mas, enquanto gestão, enquanto orientação, enquanto coordenação da prática, que quanto mais profissionais estiverem envolvidos, mais rica fica essa discussão; a questão dos olhares, cada um tem um olhar que está ajudando a identificar questões que às vezes um profissional só não conseguiria identificar. Pra gente, isso funciona porque não temos questão do usuário, o usuário não nos procura, quem nos procura é o gestor ou é um coordenador municipal; é um profissional do município que nos procura; então é mais no campo da orientação. Então é por isso que a gente, às vezes, fala muito bem de interdisciplinaridade, fala muito do trabalho em equipe, mas a gente sabe que lá na ponta isso tem um grau de dificuldade maior do que o nosso trabalho. Lá na prática você está lidando direto com o usuário, com a cultura desse usuário e com as coisas que ele traz, que não é uma demanda nossa de trabalho.”

“Aqui no meu setor, que é atípico, a gente tem que conviver forçosamente com diversos profissionais; então a gente tem farmacêutico, médico, veterinário, enfermeiro, biólogo; já é diferente, mas nossa relação é multidisciplinar ela não é interdisciplinar. [...] Mas o que acontece, praticamente eu tenho exercitado isso, na minha caixinha dentro da Vigilância Sanitária no Controle de Vigilância Hospitalar, eu tenho que conseguir trabalhar, respeitar o saber de quem trabalha com controle de medicamentos, com outras coisas; eu preciso me associar cada vez mais porque senão eu não vou conseguir dar conta da questão do controle da infecção hospitalar.”

“Por quê? Porque com essa história de que médico é doutor você coloca uma barreira muito grande com os outros profissionais.”

“Nossa maior dificuldade no hospital é a questão da interdisciplinaridade mesmo. Como eu sou enfermeira, sempre tem o médico que acha que detém o poder. Acho que a maior dificuldade é lidar com outras categorias profissionais. A gente acha que ele que manda, ele que faz, e sem ele o hospital não vai funcionar [...]”

“[...] daí, um exemplo de interdisciplinaridade seria essa visão de que todos podem, não só o médico e o enfermeiro, ter o cuidado com a infecção hospitalar; todos, todos que estão próximos do doente ou da família podem estar chamando atenção para alguma ação ali do setor que possa prejudicar ou contaminar, aumentar o contágio de infecção hospitalar; então, isso é uma atitude interdisciplinar, essa postura de que todos ali dentro sabem da importância de um ambiente menos contaminante possível. Então, se alguém chega perto para pegar a criança, um pai, ou um profissional de outro setor, sem a lavagem de mão, eles não ficam chamando o médico para ele chamar a atenção, eles mesmos chamam a atenção, eles se colocam no lugar de polícia, de vigilância. Não falam: ‘Chama o doutor que alguém está fazendo coisa errada’, e isso é uma coisa incentivada.”

“Você começa a ver que o outro profissional, ele pode trabalhar muito bem; existem funções, quer dizer, a função de prescrição, a função de entubar, a função de fazer uma reanimação é uma coisa que eu tenho capacidade de fazer, é uma coisa que eu vou fazer; mas o serviço daquela enfermeira, que sem eu falar posiciona aquele bebê; do fisioterapeuta, que faz todo trabalho de fisioterapia; ou da psicologia, que prepara aquela mãe pra aquele momento, pra aquela decisão que ela tem que tomar, são tão importantes quanto a que eu faço, só que no meio que eu vivo, que é o meio dos médicos, ele fica relegado a terceiro ou quarto plano e isso me incomodava de uma forma absurda.”

À exceção de uma fala, as demais trazem para discussão o incômodo com a predominância da hierarquia do saber médico. Um entrevistado ainda afirma que o trabalho interdisciplinar é favorecido no campo da gestão, visto haver, no campo da assistência, o predomínio da hierarquia do saber médico.

“[...] porque, querendo ou não, na área da saúde tem uma hierarquia que é colocada, do profissional médico que detém o saber, que detém o conhecimento, então, que muitas vezes isso é (...) eu acho que assim (...) na ponta, como a gente fala (...) nas unidades de saúde ou nos hospitais, isso é mais difícil de ser quebrado, porque o modelo ainda tá muito montado pra assistência médica [...]”.

Outro entrevistado reforça esse ponto de vista ao afirmar que **“a questão da interdisciplinaridade com o fonoaudiólogo, farmacêutico, nutricionista,**

assistente social, funciona; mas com a parte médica ainda deixa a desejar”.

Ele ressalta que o trabalho interdisciplinar é possível entre diferentes profissões, mas a interlocução com a medicina não acontece da forma almejada.

A interdisciplinaridade/multidisciplinaridade aparece como um **“não tem muito assim o que que é um, o que que é outro”**, mas ao mesmo tempo em que ressaltam uma indeterminação dos papéis, escapando assim de uma lógica disciplinar, retomam os especialismos: **“A questão dos olhares, cada um tem um olhar que está ajudando a identificar questões”**. Outro exemplo: **“No dia a dia que assessora o município não faz diferença a formação”**, mas **“quando é uma coisa específica que a gente resgata a questão da formação”**.

Os discursos apontam visivelmente para tentativas de reagrupar saberes especializados para dar conta do complexo campo da saúde. No entanto, há uma grande dificuldade em despojar de um saber constituído, porque este dá uma sensação de poder e controle sobre si e sobre o outro.

Observamos também que os usuários dos serviços de saúde somente aparecem no discurso dos entrevistados quando eles buscam exemplificar suas práticas. No caso da multidisciplinaridade/interdisciplinaridade, os usuários são tidos como entraves para sua consolidação:

“[...] Pra gente (equipe de um programa específico da Secretaria Estadual de Saúde), isso funciona porque não temos a questão do usuário, o usuário não nos procura, quem nos procura é o gestor ou é um coordenador municipal; é um profissional do município que nos procura; então é mais no campo da orientação. Então é por isso que a gente, às vezes, fala muito bem interdisciplinaridade, fala muito do trabalho em equipe, mas a gente sabe que lá na ponta isso tem um grau de dificuldade maior do

que o nosso trabalho. Lá na prática você está lidando direto com o usuário, com a cultura desse usuário e com as coisas que ele traz, que não é uma demanda nossa de trabalho.”

A cultura do usuário **“não é uma demanda nossa de trabalho”**. Esse enunciando, de um membro da equipe de coordenação de programas em saúde, denuncia a ruptura entre as políticas de saúde e as ações de saúde. Os usuários são destituídos de seu lugar de atores na gestão em saúde. Assim, o discurso sobre a interdisciplinaridade/multidisciplinaridade não dá conta de uma produção verdadeiramente coletiva. Não há produção conjunta entre as pessoas, e a alteridade – ponto chave para trocas efetivas – é desconsiderada, vista como um problema ou considerada um olhar a mais. Assim, evidencia-se uma grande dificuldade em afirmar o saber do outro, tanto no encontro com as chamadas classes populares (usuários) quanto entre os próprios profissionais. De modo geral, predominam posturas nas quais acontecem trocas, mas não há produção de um conhecimento/ação gerado no encontro, que está para além dos saberes individuais.

“É preciso resgatar a dimensão histórica dos saberes. Apontar para os seus atravessamentos, para os jogos de forças que os constituem. Não se trata da relação polida entre os conhecimentos – multidisciplinaridade, e nem de uma aproximação que reproduz em um outro nível todo o isolamento anterior – interdisciplinaridade. Trata-se da transdisciplinaridade que visaria questionar a própria idéia de disciplina, possibilitar o apagamento de suas fronteiras (LAVRADOR, 1999, p.41).”

Contrariamente, os discursos mostram a valorização do lugar do especialista, que não reconhece os saberes sobre o corpo e as práticas de cuidado próprias de uma dada população. O entendimento sobre a saúde se resume aos cuidados biomédicos e não compreende a saúde como a capacidade de enfrentamento das dificuldades inerentes à vida.

“[...] a gente faz meio que uma lavagem cerebral na mãe, assim, entendeu? Joga conhecimento em cima dela [...].”

“Eu me sentia muito triste no ambulatório porque eu orientava a mãe, ela não seguia as orientações, dava errado e ela vinha pra eu consertar. Eu me sentia muito mal com isso porque parecia que eu tava pregando no deserto. Puxa, eu ensinava, perdia um tempão, não é que eu perdia mas eu gastava um tempão (...) a consulta de pediatria é super demorada. Tem consulta que demora 20 minutos, mas tem consulta de uma hora. E isso tinha que, por mais que eu tentasse explicar pra essa família, às vezes, eles faziam errado e vinham pra eu consertar. Por exemplo, eu trabalho muito com aleitamento materno, tudo eu falava: que era importante, que tinha que amamentar, que era fundamental pro vínculo da mãe com seu filho, que não era só pela nutrição, que podia ajudar em mais um monte de coisa e fazia toda aquela coisa (...) no mês seguinte, a mulher voltava, o neném desmamado, com diarreia, com pneumonia. Meus Deus! Eu não falei que tinha que amamentar? Ela vai, faz errado e volta pra eu consertar. Então aquilo já estava me irritando. Então eu queria fazer alguma coisa antes que ela fizesse errado, eu queria consertar...olha eu querendo consertar o mundo, médico é dose, né?”

Na saúde, as decisões passam por um conhecimento racional e objetivo, produzido por um profissional que domina tal campo de conhecimento. “Trata-se de uma postura produzida por uma tradição acadêmica em que o saber do outro é constantemente negado e o que faz sentido para a população, como seus valores e crenças, é desconsiderado” (ANDRADE; 2007).

Em meio ao relato de tantas práticas heterônomas, uma entrevistada destaca a importância do papel da mãe nos procedimentos de aleitamento a crianças prematuras, reconhecendo essa usuária como um sujeito autônomo e capaz de tomar decisões em relação a sua própria vida e à vida de seu filho.

“Não são opções que eu posso fazer, entre ficar no hospital ou não ficar no hospital, amamentar ou não amamentar, fazer canguru ou não fazer canguru; não são opções minhas, são opções que são dela, sobre o filho dela.”

Em alguns momentos, há o reconhecimento do espaço do outro, ainda que a atitude tomada por esse outro não esteja de acordo com a moral vigente. Nessa fala, o profissional revela raiva, indignação, frustração e também ponderação e reflexão sobre a atitude de sua paciente. Ao lidar com uma situação inusitada, teve que criar novas estratégias de ação.

“[...] eu nunca vi uma mãe que não quer levar o bebê pra casa, tem quinze anos que eu trabalho com o negócio e é a primeira que eu vejo! Mas tudo bem! Eu agora vi, né? Eu sei que tenho que me preocupar com isso agora também. E isso serviu pra eu crescer. Me deu muita raiva dela, mas eu não posso ficar com raiva dela. Ela é ela. Então eu tenho que aprender que isso aí pode acontecer de novo e eu tenho que estar atenta para isso também. Tudo na vida é crescimento, não é só frustração, você tem que aprender com aquilo ali, aprender com o que você está errando.”

O mesmo entrevistado narra outro exemplo:

“A gente teve uma mãe cega, e essa era a mãe que aquele bebê tinha. E essa mãe teria que levar aquele bebê pra casa e amamentar e cuidar dele, mas ela era cega. Essa mãe queria tanto esse bebê que ela voltou num dia que não estava agendado, porque eu dei uma valorizada nela, eu falei pra ela que quando esse neném crescer você vai estudar, e ela ‘mas eu sou cega, tenho dois filhos, por que eu vou estudar?’, e eu falei, ‘você vai estudar pra você crescer, pra você dar uma vida boa pros seus filhos’ [...]. Quando tinha uma semana que o bebê dela estava em casa, ele começou a ter dificuldade respiratória e ficar mais paradinho. Só que não tinha como saber se o bebê estava roxo, se não estava roxo, ela não enxergava. Então ela voltou num dia fora da revisão e falou ‘doutora, eu fui dar banho ele não chorou’. Aí eu falei ‘tá bom, então vamos internar o neném de novo’. Ela disse ‘tem certeza que precisa?’, e eu falei ‘demorou um tempão pra você levar ele pra casa e se você chegou a trazer ele fora do dia é porque você também está insegura’. No primeiro dia o bebê entupiu de secreção, teve uma parada respiratória e, se ele não tivesse internado, ele teria morrido em casa. [...] Então, isso me dá uma alegria tão grande de falar, assim, se eu tivesse cuidando do bebê pra ela, esperando o bebê melhorar pra entregar o bebê pra ela, de repente eu entregaria o bebê pra ela e ele teria alguma coisa em casa que ela não iria perceber, porque ela não conhecia, ela não aprendeu. Então, o meu objetivo é que possa ensinar essa mulher a entender que aquele bebê é o bebê dela.”

Podemos dizer que, embora esse discurso seja repleto de contradições, o encontro entre esses sujeitos extrapolou o saber/fazer especialista desse profissional de saúde que, ao afirmar a alteridade potencializando as ações dessa mãe, possibilitou a superação da ordem constituída dando lugar à criação, à construção conjunta de outros sentidos.

O profissional também é crítico quanto à postura adotada por um colega de trabalho em relação à forma de tratar a mãe e seu bebê em tratamento:

“Essa não é uma característica muito marcante entre neonatologistas; os neonatologistas gostam muito do bebê, mas eles não ligam muito o bebê com a mãe, não; eles não gostam da mãe dentro da UTI. Aham que as mães perguntem demais, acham que a mãe atrapalha o trabalho dos próprios profissionais que trabalham aí.”

Experimentações Instituintes

Em alguns momentos das entrevistas, foi possível perceber questionamentos dos profissionais quanto a aspectos do cotidiano de trabalho:

“As políticas são muito centralizadas e são muito focais; então, as políticas de tuberculose, a gente tem vários planos de tuberculose; nenhuma aborda a questão da habitação, nenhuma aborda a questão de acesso ao medicamento. Fala-se que precisa e que o medicamento é gratuito. Mas não se discute se todo mundo tá recebendo o medicamento! Receber é fácil, o negócio é fazer a pessoa vir aqui pegar esse medicamento. Não se discute incluir vale-transporte pra pessoa vir buscar o medicamento. De que vale o medicamento ser gratuito, se ele não tem como vir buscar o medicamento? O contexto não é avaliado. Mas as pessoas da gerência se resumem a avaliar se as taxas estão aumentando ou diminuindo e dar bronca na ponta por não estar cumprindo o papel.”

Nessa fala, o aluno problematiza as incoerências das políticas públicas no tratamento e combate à tuberculose, uma vez que as medidas adotadas não levam em consideração a realidade dos usuários. O foco dos gestores se reduz aos índices epidemiológicos, como se eles fossem independentes da realidade mais ampla ou das condições de vida daquele usuário.

“E se deparar com a situação da loucura do transtorno mental grave, que se tenta colocar em ação hoje efetivamente, né? Do transtorno mental grave do usuário de droga, e é um tema que, na saúde, isso não é muito (...) vamos dizer assim, não é muito aceito, né? Porque não entra muito na noção de uma doença do biomédico, do que se pode curar, da epidemia, dessa coisa toda: tuberculose, diabetes, hipertensão, de remédio, de ter respostas mais efetivas, de ter respostas, vamos dizer assim, mais enquadradas. E o que não cura? Que você precisa ter uma olhar de uma clínica ampliada, de outra proposta. Isso é difícil, de colocar esse debate, né? E até mesmo, muitas vezes, para os próprios psicólogos na saúde, dentro de uma proposta do programa de Saúde Mental, é difícil pra pessoa, eu quero ficar no meu consultório, naquele entendimento de clínica só privado, como se fosse uma coisa só individual; não tem essa noção de que tem outras formas de se fazer clínica, de propostas de ações coletivas, de grupos e tudo de inserção na comunidade. É uma luta grande!”

Esse profissional denuncia o pensamento hegemônico da saúde no que se refere à Saúde Mental e aos usuários de drogas. Transtornos mentais, no seu ponto de vista, não se enquadrariam na noção de “doença” estabelecida pelo modelo biomédico voltado para prevenção ou cura.

“É um outro grande desafio, lidar com um tema que... que está presente em toda a sociedade, a questão da violência, né? E também trazer esse tema pra saúde é muito difícil, né? ‘O que esse tema da violência tem a ver com a prática do profissional de saúde? Isso não questão de política? Não é questão de segurança pública?’. O pessoal não vê como uma questão de saúde. É uma questão de saúde também, né? Acho que é uma questão de toda a sociedade, de todos os movimentos governamentais e não governamentais atuar nisso [...]”.

Nessa outra fala, observamos uma concepção de saúde que ultrapassa os moldes curativistas. Ao tentar incluir o tema da violência no debate em saúde, esse aluno rompe com um pensamento modelar, denunciado por sua própria fala ao relatar as dificuldades encontradas para a implementação dessa discussão em seu cotidiano de trabalho. No discurso abaixo, ele relata como tenta efetivar essa inserção em sua prática:

“E o desafio é esse: é você criar práticas, tipo: é você ter, lá no cotidiano dos profissionais, uma criança que chega que foi (...) que sofreu uma violência, né? O que ele faz diante disso? Possibilitar esse profissional, oferecer uma capacitação para que ele atue, que saiba como proceder diante dessas situações, que ele possa criar grupos de relações de gênero, entre os adolescentes, para discutir sobre a violência contra a mulher, mostrando que o homem não precisa, pra ser homem, ser machista, criando uma cultura de paz, de igualdade de gênero. É pensar uma política que envolva todos os profissionais da saúde”.

Trazer o tema da violência para o cenário da saúde é uma conquista fundamental para a Saúde Coletiva; no entanto, ainda somos capturados por ações morais que desqualificam o outro e o colocam à mercê de um saber especialista. Assim, esse aluno entende que é preciso capacitar o profissional para lidar com a vítima de violência, é preciso criar grupos que ensinem adolescentes a não serem machistas. Os grupos de discussão parecem constituir, na verdade, grupos de orientação.

Esse lugar de tutor da vida do outro – sustentado pelas práticas tradicionais em saúde – é refletido também na fala da aluna:

“E depois que eu fui fazer um curso de Método Canguru, que trata de toda essa construção do bebê na sua cabeça, a construção da maternidade, a construção da parentalidade, tal; depois que eu fui mãe, que tive filho, e meu filho eu tive prematuro, eu já trabalhava com isso e ainda tive um pra ajudar; eu me senti muito mais, assim (...)

no dever de tentar entender essa parte, de tentar inserir a mãe no tratamento daquele bebê, e eu vi o quanto isso é importante, o quanto que isso me dá de retorno e a gente. Nesse curso de Método Canguru, a gente fez uma técnica muito legal, até pra minha visão de mundo, pra minha visão de trabalho. Eles falavam assim, 'o profissional de saúde agora tá cuidando do seu recém-nascido; você vai ter que levar o seu recém-nascido pra uma água mágica, essa mágica vai curar, e você, na sua imaginação, vai levá-lo pra essa água mágica, e depois você vai ter que trazê-lo dessa água mágica e entregá-lo pra mãe dele'. Muitas pessoas não conseguiram entregar o bebê pra mãe dele. Mas, na verdade, aquele bebe não é meu. Aquele bebê é dela. Ele tá com problemas, tá passando por uma adaptação difícil em relação a outros que já nascem e já ficam com ela, mas o bebê não é meu.”

O discurso da aluna mostra a dificuldade dos profissionais em respeitar a autonomia dos pais no tratamento/cuidado dos bebês prematuros. Essa dificuldade está tão enraizada nas práticas desses profissionais que, mesmo durante uma dinâmica de grupo, eles sofrem diante da possibilidade de perder o poder/controle sobre a vida da criança. A aluna relata a importância do curso para sua atuação, mas destaca que o fato de ter concebido um filho prematuro foi fundamental para sua mudança de atitude no exercício profissional. A partir dessas experiências de afetações singulares, reconhece o papel da mãe no cuidado com o bebê prematuro e, nesse momento, rompe com a lógica instituída.

As falas acima, embora apontem a emergência de um olhar crítico desses alunos sobre sua prática, não necessariamente implicam na instituição de novos modos existenciais. Para que isso ocorra, é necessário um exercício de pensamento que afirme saberes e fazeres transmutadores dos modelos hegemônicos; é preciso não se conformar com que é dado *a priori* e tido como natural. A construção de modos existenciais éticos pauta-se no respeito à alteridade e na expansão da potência singular, aumentada através de bons encontros. O compromisso do profissional de

saúde deveria ser com a afirmação da vida; ele deveria ser agenciador de bons encontros capazes de transformar vidas, inclusive a sua. As contradições presentes nos discursos dos alunos são próprias do embate de forças imanente à vida. O importante é que eles já estão incomodados com aspectos da sua prática, sendo afetados pela necessidade de outros modos de fazer/estar/pensar a saúde.

7.3 O Mestrado em Atenção à Saúde Coletiva

Os motivos para fazer um mestrado

Na maior parte das falas, nota-se que a motivação para buscar um mestrado está vinculada ao interesse em aprofundar, na teoria, aspectos da experiência prática.

“É porque eu não queria ficar naquela repetição, naquela burocracia do cargo, já estava mais numa ansiedade de estudar o que eu estava vivendo, alguns aspectos dessa minha vivência que me chamou a atenção. Era mais um próximo passo (...) depois daqui eu quero estudar.”

“A idéia do mestrado surge quando eu comecei a trabalhar com a questão da violência, aí que eu pensei: ‘Pôxa, eu preciso aprender mais sobre isso’; e o meu mestrado o tema é sobre isso [...]”.

“Também porque eu estou dentro da saúde e preciso aprender mais sobre isso: o que é saúde? Qual o conceito de saúde? Me aprofundar mais, porque muitas vezes eu ficava meio assim, perdido em alguns debates [...]”.

O interesse em fazer o mestrado aparece articulado com a experiência de trabalho na Saúde Pública. Como relatado por Almeida (2000), é comum que os profissionais

que buscam um mestrado em Saúde Coletiva estejam atuando nos serviços de saúde e sejam motivados a pesquisar sobre sua prática. A maioria dos alunos entrevistados considerou sua formação de graduação insuficiente para dar conta de sua atuação no campo da Saúde, e a pós-graduação emerge como possibilidade de responder aos questionamentos colocados pela prática.

Nos discursos, o principal objetivo dos alunos parece ser a “aplicação” do conhecimento “adquirido” no mestrado a quem precisa dele, ou mesmo a divulgação desse conhecimento para quem o desconhece:

“Então, nesse caminho, hoje, o que eu queria mais era ter respostas, mesmo. Pra estar orientando melhor, pra estar auxiliando melhor, pra estar assessorando melhor [...]”.

“Eu queria alguma coisa que me capacitasse a falar mais com as pessoas, a escrever pra pessoas; eu queria difundir aquele conhecimento que tava muito compartimentado [...]”.

“Terminar e ter chegado a algumas conclusões; lógico que sabendo que eu não vou salvar o mundo, hahahahah. Mas que eu quero pensar algumas coisas para poder até usar na minha prática. Tipo assim, eu tô querendo saber o que os profissionais pensam pra poder, na prática, isso me subsidiar em proposta de recursos humanos, de como conscientizar as pessoas, como capacitar mais [...]”.

“Orientar”, “capacitar”, “assessorar”, “conscientizar”, “responder”: termos que se referem a ensinar algo, a mostrar o caminho certo, do ponto de vista cientificista. O discurso evidencia a reprodução da cultura de supervalorização do saber científico, em detrimento de outros saberes mais locais e menos instituídos. Seja na assistência, na docência ou na gestão, cursar um mestrado em Saúde Coletiva desperta, nesses estudantes – também profissionais –, a expectativa de que o curso os levará a respostas prontas sobre suas angústias e questionamentos. Vimos na

introdução deste trabalho que o movimento da Saúde Coletiva caracterizava-se pela introdução de pensamento mais crítico na área da Saúde; por um entendimento de saúde para além do modelo curativista e, principalmente, pelo resgate do conceito de coletivo e político desvirtuados. Esse coletivo implica, principalmente, em não tratar o usuário, o aluno ou a comunidade como ignorantes, desrespeitando suas singularidades e saberes próprios. Também vimos na história da educação a naturalização dos saberes, a desqualificação do senso comum e a idéia de neutralidade/cientificidade associada ao exercício de especialistas. As falas desses alunos ainda refletem um predomínio desse modelo existencial.

Diversos estudos (ALMEIDA, 2000, ALMEIDA, et al, 2004, LABRA; STRALEN; SCOCHI, 1988; SÁ; SIQUEIRA; MARTELETO, 1999) apontam que os alunos matriculados em especializações na área da Saúde Coletiva estão interessados na carreira docente; a maioria deles busca no mestrado o aprimoramento para sua atuação. Na presente pesquisa, observamos essa mesma motivação:

“[...] outra coisa também é que isso te dá o título de mestre, te dá a oportunidade de estar atuando como docente; é aquilo que eu falei, pode não dar status dentro da instituição que você está, enquanto melhoria de salário, mas te dá um status pessoal.”

“[...] ‘pôxa, agora eu podia fazer um mestrado!’, eu pensei ‘é uma coisa boa pra mim crescer, e eu gosto de dar aula; de repente é uma boa porque eu gosto de dar aula’ e daí foi o que eu fiz.”

“[...] mas assim, sempre gostei muito de dar aula. Aí me veio a idéia de fazer um mestrado [...]”.

De acordo com a Capes, o objetivo maior da pós-graduação *stricto sensu* é a formação de pesquisadores e docentes para nível superior. Hoje, com a expansão

das faculdades privadas, há uma demanda ainda maior dessa mão-de-obra intelectual na composição de um corpo docente que atenda as exigências impostas pelo Ministério da Educação. Minayo e Costa (1998), em avaliação das pós-graduações *stricto sensu* no Brasil, apontam para a crise das especializações e residências, enfatizando que isso tem sido causado pelas adaptações dos mestrados a formatos mais rápidos, mais curtos e técnicos. Essa adaptação tem o objetivo de atender às necessidades do mercado e das instituições de fomento, visando, entre outras coisas, a liberação de bolsas para candidatos.

O mestrado, além de garantir um lugar no mercado de trabalho, também assegura um status social, uma vez que o saber tornou-se um dos principais recursos na luta competitiva. As falas acima reproduzem essa situação, à medida que não se observa uma demanda real pela carreira acadêmica, pautada no investimento na produção de conhecimento, no compromisso com a pesquisa e extensão - mas uma vontade de “dar aulas” como mais um espaço de trabalho e a busca pelo status que daí advém.

Ainda que a maior parte das falas negue que o mestrado contribua para o crescimento na carreira dentro do serviço público:

“Apesar de que, a nível de secretaria estadual, a gente não tem planos de cargos, carreiras e salários; então, isso não interfere; você fazer mestrado ou não fazer mestrado, fazer especialização ou não fazer não melhora nossa... nossa posição [...]”.

Um aluno denuncia o interesse na busca pelo título de mestre associado à possibilidade de crescimento na carreira dentro de órgãos públicos. Segundo ele,

esses alunos não estariam comprometidos com a produção de conhecimento, mas com interesses pessoais.

“[...] cerca de setenta por cento da turma tinha o mestrado como um a mais na carreira delas. Elas buscavam o título de mestre pra crescer dentro do seu cargo, e a maioria trabalha em órgão públicos; então, isso é uma exigência ou do próprio governo ou uma expectativa delas pra crescimento.”

“Muitas pessoas buscavam a informação aqui, catavam o que ela tinha interesse pra terminar a pesquisa dela, pra terminar a dissertação, pra ganhar o título e, às vezes, contribuía pouco com a discussão dentro de sala.”

“Mestrado, então, passou a funcionar como escola de governo pra uma parcela grande dos alunos que estavam nessa condição de gerência [...]”.

Observa-se um embate de forças permanente quanto aos motivos para se fazer o mestrado. Há, no entanto, o predomínio dos motivos norteados por um modelo educacional pautado na capacitação técnica para o mercado profissional e numa aprendizagem recognitiva ou representacional - orientada por uma formação calcada no culto aos valores dominantes e não para a problematização desses valores. Contudo, quando algumas das falas trazem uma análise do comportamento de seus colegas, elas abrem espaço para a possibilidade de invenção de outros modos de ser, capazes de romper com o instituído.

O conceito de Saúde Coletiva

No discurso produzido pelos alunos/profissionais, a Saúde Coletiva é definida como uma proposta de saúde para todos, o que pode ter relação com a definição constitucional de que **“saúde é um direito de todos e dever do Estado”**. Pode,

também, remeter a um agrupamento social ou à composição de várias individualidades, como os sinônimos citados anteriormente.

“A minha visão de Saúde Coletiva é que é uma saúde pra todo mundo [...].”

“Quando você vê Saúde Coletiva, você não está pensando num indivíduo, eu tô pensando num monte de indivíduos que podem mudar a partir disso e que podem ter uma nova postura, podem ter uma nova visão.”

A Saúde Coletiva também aparece como sinônimo de qualidade de vida. Resta-nos perguntar: sobre que qualidade de vida estamos falando? Aquela que reproduz estados de bem-estar propostos por uma elite minoritária? Ou estamos falando de afirmação da vida, de processualidade?

“Com o mestrado eu vejo que não vou conseguir salvar o mundo, médico quer sempre salvar todo mundo. Mas eu posso melhorar a qualidade de vida daquelas pessoas ali que eu estou trabalhando. E isso aí, pra mim, é Saúde Coletiva. Aumentar a qualidade de vida, por exemplo, essa mãe, ela achava que a vida dela tinha acabado por ser cega e ter dois filhos, mas ajudá-la a entender que não é bem assim.”

As afirmativas **“eu posso melhorar a qualidade de vida daquelas pessoas”**, ou **“ajudá-la a entender”** reforçam o lugar do especialista como detentor de um saber sobre a saúde dos usuários. Mas, ao mesmo tempo, a mãe sentiu-se potencializada quando esse profissional afirmou o seu lugar como mãe daquele bebê. Mais uma vez, percebemos as lutas travadas no cotidiano de trabalho e como ora há produção de algo novo, instituinte, e ora há sua captura pela moral hegemônica.

Também percebemos que o entendimento de Saúde Coletiva parece estar associado à idéia de ampliação do campo de saber, ou seja, engloba várias linhas, áreas, profissionais e temas:

“Eu queria uma coisa mais livre, o que a Saúde Coletiva te dá; porque é coisa muito grande [...]”.

“Como é no Departamento de Enfermagem (a Saúde Coletiva) e por ser uma área bem abrangente, eu me interessei por fazer o mestrado.”

Todavia, tais definições não abrangem a concepção de coletivo própria do movimento da Saúde Coletiva. Esse movimento se propõe a ser um campo de produção coletiva em saúde, que implica na abertura para o desconhecido, para algo que emerge do encontro. Não se resume aos saberes e fazeres instituídos, mas se pretende instituinte (ANDRADE; 2007). Os discursos, ao contrário disso, tendem a negar a processualidade e a reafirmar constantemente o lugar do especialista.

Concepções de saúde

Os entrevistados encontraram dificuldades ao falar sobre Saúde Coletiva, multidisciplinaridade, interdisciplinaridade e saúde. Ao se referirem a tais conceitos, as falas vinham entrecortadas, com pausas longas, ou contraditórias, intercaladas com muitas tentativas de confirmação com o entrevistador: “né?”, “não é?”, “concorda?”. O conceito de saúde foi o menos citado de forma direta. Entretanto, há indícios que apontam para qual concepção de saúde prevalece no discurso desses profissionais.

“A gente discute muito o que é saúde. Saúde não é ausência de doença, é equilíbrio, o equilíbrio entre doença e não doença, e você conseguir ficar lá, equilibrado [...]”.

A fala revela que esse é um tema muito discutido no mestrado - e, com certeza, em cursos de capacitação profissional. O que foi assimilado, e parece reproduzido como chavão, é que saúde não é ausência de doença. Ora, esse é realmente o discurso modelar ou politicamente correto no âmbito da saúde. Mas, se saúde não é o contrário de doença, o que seria então? Equilíbrio? Equilíbrio entre uma coisa e outra? O entendimento de aprendizagem baseado na mera representação cognitiva nos exige uma resposta de imediato; se sabemos o que a saúde não é, ou seja, se sabemos que ela não é o contrário de doença, então precisamos saber o que ela é. Isso significa que, para vivenciarmos novos modos de agir/pensar em saúde, será preciso romper também com essa lógica de aprendizagem/representação tão arraigada em nós. Será preciso abrir-se ao novo, ao inesperado, à invenção.

A saúde, para a Saúde Coletiva, é justamente a possibilidade de lidar com as adversidades, sejam elas de caráter biológico, psicológico, social ou econômico. Não se resume a estar em equilíbrio – conceito que remete à filosofia platônica de perfeição, de modelos ideais –; ao contrário, relacionamos a saúde ao constante lidar com o desequilíbrio, com o mutável, o devir. Como sujeitos históricos, estamos a todo o tempo nos transformando, e a saúde está justamente no modo de lidar com essas incertezas.

A avaliação da pós-graduação *stricto sensu* em Saúde Coletiva (1994-1997), coordenada pela Abrasco, teve como um de seus pontos de discussão justamente o conceito de saúde. Segundo Minayo e Costa, existe uma tensão nos cursos de pós-graduação que é provocada pela dificuldade de se delimitar esse conceito na organização de seus currículos. Dessa forma, ficou definido que o conceito de saúde

seria compreendido, para o desenho das estruturas curriculares, “como um objeto interdisciplinar e estratégico, cuja meta é gerar conhecimentos e tecnologias que possam impactar positivamente a realidade sanitária do país” (1998, p. 85). O objetivo dos investigadores é ampliar ao máximo a compressão do conceito, para que as diferentes instituições de ensino possam produzir novos olhares sobre ele. No entanto, há uma grande preocupação, por parte dos pesquisadores, de que esse movimento de expansão provoque a perda das particularidades que caracterizam a Saúde Coletiva como campo de saberes e práticas. Essas contradições favorecem a ausência de problematização do fenômeno da saúde e fortalecem a apropriação de conceitos estereotipados e imediatistas.

O Multiprofissionalismo

Os alunos consideram a convivência com profissionais de outras áreas de conhecimento um dos aspectos de maior contribuição do Mestrado em Atenção à Saúde Coletiva. Pesquisas (SÁ, SIQUEIRA; MARTELETO, 1999; ALMEIDA 2000; ALMEIDA et al, 2004) apontam que uma das características mais marcantes da pós-graduação em Saúde Coletiva é, justamente, seu caráter multiprofissional.

“Eu estou gostando muito do mestrado porque ele te possibilita o convívio com especialistas de diversas áreas; e o médico que não tem essa visão, que não tem essa oportunidade, ele fica muito isolado em termo de (...), de convívio, né?”

“[...] me ensinou a conviver com pessoas de especialidades diferentes e saberes diferentes [...]”.

“Mas o que mais me chamou a atenção nesse mestrado foi a possibilidade de contato com pessoas de áreas diferentes [...]”.

“[...] porém, o contato com várias pessoas de outras áreas, das mais diversas formações e atuações, me deu uma visão, uma perspectiva muito melhor da tuberculose.”

“A graduação, de certa forma, acaba formando somente especialistas, enquanto o mestrado te dá essa noção de interdisciplinaridade [...]”.

“Quando a gente discute um assunto tem a visão do psicólogo, a visão do enfermeiro, do médico; então, é muito bom, porque a turma é muito variada; então, tem farmacêutico, nutricionista, que nos transmitem muita coisa de novo.”

“O contato com o pessoal que trabalha com o óbitos gerados pela tuberculose, o pessoal que trabalha com a gerência das consultas, que isso gera, a epidemia que gera uma demanda maior. Então, essa perspectiva ampla é... foi o que eu resgataria do mestrado como ‘pôxa! Isso valeu a pena!’ [...]”.

Como vimos anteriormente, o mutliprofissionalismo ou multidisciplinaridade emerge da necessidade de reagrupamento dos saberes, que, ao serem disciplinarizados e isolados, passaram a não dar conta da complexidade da realidade na qual estamos inseridos. O movimento da Saúde Coletiva, ao convocar outras áreas de conhecimento – como as Humanas e Sociais – para o diálogo em saúde, pretende uma troca transmutadora, e não um mero agrupamento de olhares e ferramentas próprias de cada área. Uma das falas se aproxima dessa compreensão:

“Se você é gestor, fala como gestor; se está lá no serviço de saúde, na unidade básica, tem outra visão. Poder deslizar sobre esses vários lugares que é o mais interessante. Não tem nada pronto e acabado, são tudo propostas, debates, tentativas, criações. Claro que tomando cuidado com erros que a gente não deve cometer, mas que temos que ousar. Ser muito otimista e lutar bastante porque tudo isso são para as pessoas, para a população; e muitas vezes a gente esquece esse objetivo e foca só trabalho.”

De todo modo, foi através do multiprofissionalismo que os mestrados em Saúde Coletiva encontraram a oportunidade de expandir e trocar idéias sobre as questões da saúde. Contudo, essas trocas entre diferentes saberes não acontecem sem enfrentamentos. Os alunos relatam embates e estranhamentos quanto à forma de atuação e formação de cada área.

“O mestrado, eu ressaltaria essa oportunidade que eu tive de entrar em contato com essas outras visões, que muitas vezes se chocaram, que muitas vezes discutiram, porque eu ainda guardo aquela questão quantitativa de se analisar as coisas. Não que seja por questão de preconceito, não; mas por formação. E as pessoas do mestrado, às vezes, trazem as coisas de uma forma muito qualitativa que eu não consigo captar; então, gerou a discussão (...) eu acho que tudo depende da área de trabalho de cada pessoa; então, temos enfermeiros muito técnicos, enfermeiros muito qualitativos; médicos muito técnicos, médicos muito qualitativos (...) então, a área da homeopatia, pela percepção que eles trazem, ainda que eu tenha buscado essa visão holística, eles são muito mais do que eu. Hahahaha. Então, eles conseguem captar (...) eles fazem uso de uma visão muito ampla, que, às vezes, eu me perdia nela. Então, a gente teve vários embates [...]”.

“No começo do mestrado eu ficava um pouco irritado com o pessoal, né? Que a maioria são de formação biomédica, né? E eles têm um discurso diferente, né? Tipo assim: ‘Você vai fazer uma pesquisa com tantas pessoas, mas isso não é relevante, isso não é uma amostra significativa.’ Tipo assim, a verdade está na quantidade de pessoas. E eu, não, a pesquisa não é só pra isso, não; é pra outras coisas. E muitas vezes o debate era muito médico mesmo, mecanicista, positivista, ou falavam assim: ‘vamos ser mais objetivos, isso é muito filosofia’.”

“[...] os embates com essas áreas era muito difícil, mas mesmo assim você aprende muita coisa com elas; esses embates foram até lucrativos [...]”.

“A gente tem que saber que estamos num lugar de discursos, teremos as práticas mais retrógradas e os discursos mais retrógrados até aqueles (...) é a complexidade do campo da Saúde. Um entendimento de saúde como prevenção, promoção, outro pensando a saúde de um lugar mais filosófico; mas é difícil, hahaha, não é fácil ficar nesse embate o tempo todo. Isso acontece tanto no cotidiano de trabalho quanto no da gestão de políticas, é o tempo todo.”

A diversidade de pontos de vista, vivências, experimentações e concepções de mundo (resumidas nas categorias farmacêutico x homeopata, positivismo x filosofia, quantitativo x qualitativo), ao transbordar as barreiras disciplinares, é capaz de tecer infinitas redes. Ainda que as trocas estejam aprisionadas a saberes próprios e fragmentados, o incessante jogo de forças imanente à vida sempre cria possibilidades de emergência de algo novo.

A produção de conhecimento

À unanimidade, os alunos entrevistados destacaram os conteúdos de metodologia científica e bioestatística como um dos aspectos positivos do Mestrado em Atenção à Saúde Coletiva. Segundo eles, esse conhecimento tem auxiliado em sua prática profissional devido ao fato de a tabulação e a organização dos dados resultarem em respaldo científico e em publicações, que são fatores significativos para o reconhecimento no “mercado acadêmico”.

“O mestrado, de forma geral, me trouxe como contribuição a metodologia de pesquisa, me ensinou a observar, a catalogar dados e poder ter subsídios pra argumentar [...]”.

“Na minha prática, o mestrado ajudou a ter um olhar mais de pesquisador; eu não levava muito a sério o rigor, a metodologia nos projetos [...]”.

“E... por exemplo, bioestatística, que a gente está fazendo agora, eu sempre tive interesse, às vezes, de ler um artigo, e entender todo o artigo, não pular as estatísticas, não pular e ler só o resumo e a conclusão [...]”.

“Outra coisa eu aprendi na metodologia na estatística, epidemiologia. Eu não tinha essa experiência antes; então, eu tenho certeza que tem melhorado e vai melhorar muito.”

“[...] o mestrado, ele te dá um embasamento técnico para realizar pesquisas, você começa a entender o que é viável ou não em termos de publicação, e isso tem me propiciado a realizar outros trabalhos à parte do mestrado com que o que eu já trabalhava [...]”.

“[...] o mestrado, ele traz pra mim uma oportunidade que a secretaria não consegue me dar, que é isso de fazer um trabalho científico, de dar um retorno com mais cientificidade, quando eu vou dar palestra, ou quando vou dar orientação, mesmo quando eu sento com o secretário municipal, de dizer pra ele quais são as bases que eu estou discutindo, sair da questão do ‘achismo’ [...]”.

“[...] mestrado está me ensinando a, além de pesquisar, sistematizar essas informações que eu vou buscar, a consultar a informação; quer dizer, a disciplina de metodologia me esclareceu muito. Ensinou a ter um certo rigor, a citar fontes.”

Nas sociedades ocidentais, a ciência tem sido a forma hegemônica de produção de conhecimento, caracterizando-se por um duplo movimento: a negação do senso comum e de tentativas de ordenação do caos, como proposto por Aragão, Barros e Oliveira (2005). Assim, embora a ciência não se resuma a essas características, foi, por tanto tempo, associada a elas que se torna difícil pensar em um fazer científico que não esteja respaldado por critérios de uniformidade e verificabilidade. Para essas autoras, a metodologia fala do “como pesquisar” e não pode ser apenas restrita à descrição de técnicas e métodos a serem utilizados. Mais que isso, fala de uma opção teórica feita pelo pesquisador e de sua postura ética – no sentido de visões de mundo.

A fala dos entrevistados reproduz a naturalização do modelo de ciência adotado pelo campo das ciências naturais ou exatas e sua inteira transposição para a área da Saúde Coletiva. Se considerarmos, como propuseram Aragão, Barros e Oliveira (2005), que a pesquisa científica é composta por uma dimensão técnica (definição

de objetos e instrumentos) e uma dimensão ética (visão de mundo adotada pelo pesquisador), perceberemos, no discurso dos alunos, uma supervalorização do tecnicismo em detrimento da ética. O campo da Saúde Coletiva, para estar de acordo com seu propósito de emancipação, deveria assumir, primordialmente, o compromisso com o exercício da ética na produção do conhecimento científico.

Atribuímos tais indagações ao fato das produções no campo da metodologia de pesquisa ter uma marca positivista, mesmo no âmbito das pesquisas qualitativas. Conforme assinalamos anteriormente, falar de escolhas políticas e éticas e não de um árido formalismo técnico. É o caminho do pensamento e a forma de abordar o real, que inclui as concepções teóricas de abordagem, o conjunto de técnicas que viabilizam a construção do conhecimento e o potencial inventivo do processo de investigação. É um conjunto de procedimentos que fala de opções teóricas e éticas que encaminham o processo de investigação (ARAGÃO; BARROS; OLIVEIRA, 2005, p.4).

Racionalidade capitalista e produção de conhecimento

As cobranças feitas por professores e orientadores quanto às produções e prazos também foram mencionadas pelos alunos. Observamos que, embora os alunos demonstrem uma certa ansiedade diante de tal fato, de forma geral consideram válidas e até mesmo necessárias tais atitudes.

“Tudo lá tem prazo, tem hora, é uma correria. Eu tenho colega que fala assim: ‘Gente! Eu nunca mais vou fazer mestrado porque eles querem que a gente saia daqui’, porque você tem um prazo máximo e um prazo mínimo e tudo eles querem que seja no prazo mínimo. No nosso programa, especificamente, é isso, porque eles estão lutando para aumentar a pontuação na Capes, eles querem melhorias para o programa.”

“Pra falar a verdade, no mestrado eles te forçam a estar fazendo vários trabalhos, *papers*, estar lendo mais [...]”.

“[...] ‘o problema é seu, você tem que fazer’ [...]”.

“No mestrado, não; se você não correr atrás, então você não aprende, é muito de você correr atrás e de estudar [...]”.

O ensino de pós-graduação evidenciado nesses discursos reproduz os processos de trabalho predominantes na racionalidade capitalista: produtividade, competência, individualismo, competitividade. Palavras de ordem que também se inscrevem no que podemos chamar de mercado dos saberes. Rocha e Rocha (2004) consideram a predominância dessas características no meio acadêmico como resultantes de uma “cultura avaliativa”. Essa cultura reflete-se nas cobranças cada vez maiores em relação à produtividade dos cursos de pós-graduação, engendrando modos de subjetivação que afetam diretamente o processo e as relações de trabalho na instituição de ensino.

Alguns desses efeitos são sentidos na ausência de espaço/tempo que favoreça os debates e reflexões críticas:

“[...] o corpo docente faz mil coisas [...]”.

“[...] ‘vamos resolver logo que eu tenho compromisso’” (aluno relatando fala de um orientador).

“[...] a gente não se encontra, cada um se dedica a sua pesquisa [...]”.

“Então, você não tem uma manhã pra ficar com o professor, nem uma tarde inteira pra discutir ou conversar; senão, você acaba ouvindo coisa do tipo ‘mas a gente tem que ser mais objetivo’ ou ‘você quer exatamente o quê?’, e (...) eu não quero exatamente nada, eu quero entender o que se passa, o que você acha, o que sua vivência traz. Perde-se isso com a forma como o mestrado foi construído.”

“Mas a gente não tinha tempo, não tinha estrutura, as pessoas não tinham comprometimento com o mestrado, pra permitir que a carga horária fosse mais dilatada pra não ser tão objetiva [...]”.

O corpo docente repete, em suas ações, uma lógica de polivalência e objetividade, sendo submetido a políticas de avaliação (relatórios, prestação de contas de pesquisas, distribuição de carga horária) cada vez mais pautadas na individualidade e na concorrência. Já o corpo discente é submetido a um espaço de produção individual, em que as trocas são limitadas à sala de aula - lugar onde parecem prevalecer os discursos prontos e trazidos pelo professor:

“A gente tinha como arena para discussão a sala de aula, que tinha um tempo pra começar e terminar, tinha um tema naquele momento e que tinha que discutir ali, em meio ao tempo que o professor tomava fazendo a explanação dele; e começava e morria ali, ponto [...]”.

“[...] mas eles têm ciência de que não vão ter condições de permitir que a gente discuta e crie o assunto; então, eles trazem o tema pronto.”

“[...] mas esse esforço não compensou a falta de professores e a sensação constante de que o mestrado é o tempo que sobra da graduação, que todos os professores estão envolvidos com uma carga horária grande da graduação.”

Rocha e Rocha refletem, justamente, sobre a perda dos espaços coletivos – fruto da instantaneidade e da aceleração ao qual o cotidiano acadêmico está submetido – que impede a efetivação de encontros realmente produtivos:

Com efeito, a subtração do espaço do público comum a todos inviabiliza um campo de complexidade, de intensificação de relações e de experiências fundamentais para o desenvolvimento ético-político, e o coletivo passa a ser visto como ameaça e perda de tempo, já que ‘tempo é dinheiro’ (2004, p.22).

Segundo os autores, o tempo necessário para a produção de conhecimento é incompatível com a lógica de aceleração e instantaneidade. O exercício de pensamento reflexivo exige aprofundamento e trocas entre diferentes campos de saber, sendo inconciliável com o modo de produção hegemônico.

Se, como mencionado, a lógica produtivista instaurada é refletida no meio acadêmico por meio de pressões, cobranças, eficácia e versatilidade, no que concerne às pesquisas e publicações, entre outras produções científicas, essa lógica também se revela na jornada dupla, em que o tempo de mestrado é dividido com o emprego (entre outras atividades cotidianas que não serão aqui consideradas). Pesquisas (SÁ; SIQUEIRA; MARTELETO, 1999; ALMEIDA, 2000; ALMEIDA et al, 2004; NUNES, 2005) mostram que é comum aos mestrandos ou especialistas na área da Saúde Pública/Coletiva atuar no mercado profissional, seja ele público ou particular. A avaliação realizada pela Abrasco sobre a pós-graduação em Saúde Coletiva também confirma os dados acima mencionados, apontando que 63% dos alunos de mestrado são provenientes dos serviços de atenção à saúde. Essa realidade, que também é a do Mestrado em Atenção à Saúde Coletiva, é pensada pelos entrevistados:

“[...] eu não tive dispensa de nenhum dos meus empregos pra fazer o mestrado; então, isso contribuiu pra eu sacrificar muito minha família, minha vida pessoal, minha relação com meus filhos, porque eu tenho que me desdobrar pra fazer o mestrado e ainda dar conta do outros afazeres [...]”.

“No mestrado, seria muito bom se a gente pudesse ter dispensa do trabalho, ou de uma parte do trabalho, pra poder se dedicar ao mestrado [...]”.

“[...] as pessoas tinham que vir com maior disponibilidade, tinham que vir com uma carta do emprego atual falando que liberam a pessoa por, no mínimo, é... vinte ou trinta

horas semanais, alguma garantia de que essa pessoa não saísse no meio da aula a qualquer momento pra resolver um problema do serviço ou tivesse constantemente viajando a serviço [...]”.

De modo geral, os entrevistados reclamaram das conseqüências da dupla jornada, tanto para o trabalho quanto para o mestrado, e sugeriram a liberação do serviço ou a redução da hora trabalhada enquanto estivessem fazendo o curso. Um aluno criticou, mais especificamente, a ausência de exigência de dedicação exclusiva por parte do programa. Ele considera que dividir o mestrado com o trabalho atrapalha e impede que alunos se aprofundem nas discussões. Reclama, principalmente, dos profissionais que ocupam cargos de gerência; segundo ele, os gestores não conseguem separar o trabalho em pesquisa das atribuições políticas exigidas pelo cargo.

“A grande maioria trabalha fora, e eu acho que isso atrapalha no debate.”

“O ganho com as pessoas que trabalham fora ocorre, mas foi muito mais limitado do que eu esperava quando soube que a turma era formada desse jeito. Principalmente pelo fato das pessoas estarem no serviço, terem as informações dos programas, serem chefes de programas, ‘pôxa vida, essa pessoa aqui, eu espero que ela esteja desarmada para discutir todos esses pontos’; foi o contrário. As pessoas, elas exatamente por serem chefias, por estarem envolvidas, tiveram muito pouca abertura para criticar, ser criticada e ouvir [...]”.

“Então, a discussão foi bem pequena; senti muita falta disso, senti falta da disponibilidade das pessoas, principalmente por causa do emprego, sentar pra conversar, pra discutir, pra bater boca, pra... avaliar (...) pra (...) tomar todas essas questões; e ainda que não saísse nada de propositivo, pelo menos que a gente tivesse chegado a um consenso ou a um dissenso, que a gente pudesse ter ouvido mais as pessoas que estavam aqui [...]”.

“Essas pessoas que trabalham em gerências, elas têm medo de ouvir críticas e darem aberturas para serem criticadas, principalmente, por serem cargos públicos (...) comissionados (...) que, por receio, e essa foi a conclusão que a gente tirou no momento, por receio de que essas críticas se espalhassem além daqui, pudessem

gerar algum problema pra elas no serviço delas. Então, as pessoas que vieram aqui, vieram defender, vender o seu peixe. E muitas vezes parecia mais propaganda, e as críticas eram rebatidas da mesma forma que os políticos rebatem as críticas. De repente, você fazia uma crítica, a pessoa ignorava sua crítica e vinha salientando outra característica que funciona no serviço, exatamente como os políticos fazem. Então, na verdade, a gente perdeu a oportunidade de oferecer uma contribuição e captar o real sentimento dessas pessoas com o que elas realizavam no serviço [...]”.

Teoria e Prática: diálogo ou oposição?

A avaliação realizada pela Abrasco mostrou que, de modo geral, os mestrados em Saúde Coletiva privilegiam conteúdos acadêmicos em detrimento dos componentes tecnológicos afirmando os pressupostos da Capes sobre a formação em nível *strictu sensu*: docência e pesquisa. Contudo, pensando a Saúde Coletiva como um movimento político que visa, entre outras coisas, aproximar academia e serviço, os autores propõem que esses mestrados devam se preparar para atender a duas vertentes relativas a essa clientela: por um lado, devem contemplar a análise dos problemas do mundo real da Saúde Coletiva enfrentados por sanitaristas e gestores e, por outro, devem contemplar a produção científica/acadêmica (MINAYO; CAMPOS, 1998).

Esse embate entre componente teórico e componente prático é vivenciado pelos entrevistados que refletem dúvidas e contradições em suas falas:

“E, então, isso aí, esse interesse em trabalhar com dados em saúde foi que me levou a entrar num mestrado em Saúde Coletiva; porque é um mestrado que também prepara para a prática, né? Para o serviço [...]”.

“Mas, como ele não é um mestrado voltado pra o profissional, ele não é voltado pro serviço, ele é voltado mais para o acadêmico, para a formação de professores; apesar

de que, ele se diz, tem um nome que eu não estou lembrando agora, que tenta fazer as duas coisas: serviço e academia. Mas eu não sinto isso na prática [...]”.

Alguns consideram o mestrado totalmente distante da realidade em Saúde Coletiva e reclamam da exigência de dedicação exclusiva à academia, evidenciando a importância do conhecimento prático como uma contribuição para a produção científica.

“[...] eu vincularia mais o mestrado à prática do que está acontecendo em Saúde Coletiva no Estado; eu acho que o programa parece que é muito distante do fazer em saúde; parece que tem uma coisa que emperra, que não se aproxima.”

“O que se cobra da gente, no mestrado, é uma dedicação exclusiva e que se colocasse a profissão de lado, e ao mesmo tempo a gente discutia isso, porque a prática também traz uma grande contribuição. Imagine você formar só pessoas num mestrado em Saúde Coletiva que tem exclusivamente uma formação acadêmica? Então, assim, é claro que pra fazer o mestrado você não precisa ter uma prática profissional, mas tem que esse arranjo é bom também.”

“É na pós-graduação, eu acho, que, às vezes, eles quase que fazem isso, de desconectar da sua prática, agora você é acadêmico, seu conhecimento tem que ser mais científico. Eu acho isso um absurdo. Porque eu acho que o conhecimento prático é um tipo de conhecimento [...]”.

“Uma professora falou que a gente estava trazendo muita coisa do senso comum pra aula, aí eu falei ‘professora, senso comum faz parte do nosso cotidiano’, e eu tenho outros exemplos de colegas que foram criticados por estarem sempre contextualizando, tá sempre no seu mundinho. A gente assim, pessoas da prática, que estão fazendo a pós-graduação, é quase um crime você pedir que não contextualize. “Estuda mais”, a gente estuda, mas só que a gente aplica aquilo ali, na nossa vivência, eu acho isso muito rico [...]”.

Algumas falas ressaltam a importância de parcerias entre a instituição de ensino e as secretarias de saúde:

“[...] coordenação é esse vínculo com a instituição de ensino, que a gente não tinha antes; eu sempre falava assim: ‘Aqui é o serviço e ali é o ensino’, aquela velha dicotomia da teoria e da prática. E o mestrado, não, ele traz uma aproximação muito boa, até pelo número de técnicos que hoje a gente tem do serviço público que estão fazendo mestrado”.

“[...] percebo que a própria instituição de ensino tá buscando mais as parcerias [...]”.

Também apontam a relevância do mestrado para a compreensão e transformação da prática por meio das leituras, discussões e embates, bem como a contribuição da prática no serviço para a compreensão e a problematização dos conteúdos acadêmicos.

“[...] às vezes, você tem a prática, você tem o cotidiano, você tem o dia-a-dia do trabalho mas você não tem (...) você não pára pra refletir, não tem tempo pra estudar, não tem tempo pra ler um artigo; então, o mestrado, ele te traz isso, ele te induz a isso o tempo todo, a essa busca do conhecimento [...]”.

“Mas o fato de estar trabalhando me permitia entender melhor o conteúdo que vinha da Saúde Coletiva [...]”.

No capítulo “Os intelectuais e o poder”, de “Microfísica do poder”, Foucault e Deleuze discutem, justamente, as relações entre teoria e prática. Deleuze afirma que, algumas vezes, se concebe a prática como a aplicação da teoria ou como inspiração para a teoria, sendo tanto teoria quanto prática entendidas como um processo totalizante. Ele discorda dessa compressão e defende a idéia de que as relações entre teoria e prática são parciais e fragmentárias; ou seja, a prática é um conjunto de revezamentos de uma teoria a outra, e a teoria, um revezamento de uma prática a outra. Para Foucault, a teoria não expressa uma prática, ela é uma prática. Mas uma prática local e regional, não totalizadora. Para os dois autores, tanto teoria quanto prática não são meras representações, mas **ações** de

revezamento ou rede. Para Deleuze, não é a teoria que busca a totalização, mas o poder que opera totalizações através da reprodução da noção de intelectuais como detentores do discurso da verdade (FOUCAULT, 2003).

Na formação em saúde, essa separação já ocorre na construção curricular, em que predomina a crença de que o estudante deve primeiro dominar a teoria para, posteriormente, aplicá-la à realidade. A prática é vista como comprovação da teoria. Essa visão confirma a lógica do discurso da verdade intelectual, que se coloca acima dos demais saberes. Dessa forma, excluem-se do processo de construção do conhecimento em saúde atores como usuários, gestores, profissionais, entre outros. A verticalidade do saber na área da Saúde impede a construção de um conhecimento produzido na coletividade, pautado na processualidade e no dissenso (KOIFMAN; SAIPPA-OLIVEIRA, 2004;2006).

O discurso dos alunos mostra que, embora estejam no serviço de assistência ou gerência, e embora os objetos escolhidos para investigação tenham relação com sua prática, essa produção de conhecimento continua restrita ao meio acadêmico. A discussão teoria e prática se reduz à aplicabilidade das tecnologias desenvolvidas aos problemas levantados no serviço (prática) ou à mera produção de uma dissertação e artigos científicos (teoria).

O mestrado, por sua vez, reafirma, na maior parte do tempo, essa dicotomia - relegando a segundo plano o conhecimento trazido por seus alunos. No entanto, alguns alunos incomodam-se com tal situação, questionando a fala dos professores e problematizando a lógica do mestrado acadêmico em Saúde Coletiva.

“As propostas de mudança não nasceram, elas ficaram só no que estava sendo feito ou não estava sendo feito.”

“[...] eu esperava mais, principalmente dos conteúdos de saúde, dos debates de saúde fossem mais ricos. E... não teve, assim, uma grande experiência desse cenário do corpo docente; os professores, na sua maioria, não têm a prática; então, muitas vezes, têm o muito o discurso, “é assim, é assado”, mas vai lá fazer, vai lá ver o cotidiano da Unidade de Saúde, vais ser gestor de uma política pra ver como é. Tem muito discurso e muito discurso descolado, né? Descolado de uma realidade. Ele tá falando ali, mas (...) tinha muito essa distância. Então, na universidade pública é ensino, pesquisa e extensão; cadê os projetos de extensão? Cadê? Eu acho que devia ter mais, senão as críticas ficam vazias. De quem tá lá e quem está cá na prática. Os discursos da maior parte dos professores também eram predominantemente biomédicos. As aulas de metodologia são completamente diferentes do... da abordagem qualitativa, tratam os modelos como se fossem os únicos, né? Uma perspectiva muito mecanicista, né? É claro que tem pessoas boas; eu falo assim, no geral. É claro que tem bons professores, abordagens diferenciadas, mas falta uma discussão mais aprofundada de Saúde Coletiva mesmo.”

A investigação

Como já mencionamos, os temas escolhidos para estudo estão diretamente relacionados com a atuação profissional dos alunos; porém, optamos por não mencioná-los para garantir, assim, a não identificação dos entrevistados. Lembramos que as entrevistas realizadas com os sujeitos não tinham o intuito de aprofundar as questões relativas às suas escolhas metodológicas ou procedimentos adotados para a realização da pesquisa; nosso intento foi observar o que emergia nas falas sobre esse assunto. Nota-se, entretanto, que a maior parte dos trabalhos tem enfoque quantitativo e lança mão da avaliação de dados estatísticos. Um dos trabalhos é qualitativo e tem como foco o discurso de sujeitos da área da Saúde. O pesquisador, entretanto, relata dificuldade em trabalhar essa temática no programa

de mestrado. As falas revelam que as pesquisas baseadas em dados estatísticos têm maiores chances de serem viabilizadas; o fator econômico também é crucial para que isso ocorra.

“[...] o mestrado não tem um professor para orientar nesse tema [...]” (falando sobre sua pesquisa qualitativa).

“[...] proposta de trabalho foi buscar entender melhor a realidade pra subsidiar a formulação de políticas; então, nesse trabalho eu quero saber o que tem acontecido [...] e o que o contexto contribui pra isso. E não apenas pegar as taxas e avaliar se elas estão altas ou baixas [...]”.

“Sabendo quando pode economizar, o governo se sentirá mais apto a investir no projeto, e isso resultará em melhorias pra o serviço. Mas, se eu tivesse pensando só em mim, faria um trabalho qualitativo [...]”.

“Eu queria fazer um trabalho mais qualitativo, mas eu sei que ele não vai ser aproveitado como análise econômica. Porque a análise econômica vai ser utilizada para viabilizar ações. Infelizmente, é assim que funciona, com números [...]”.

“Eu quero saber quanto tá custando pra provar que nosso programa voltado pra Saúde Coletiva tem que programar e tem que subsidiar ações, tanto de Saúde Pública quanto ações governamentais ou locais pra melhorar a qualidade e a segurança do serviço de saúde [...]”.

Uma pesquisa avaliativa de um mestrado em Saúde Pública da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP mostrou que as dissertações produzidas pelos pesquisadores tinham, em sua maioria, relação com o serviço. Os autores apontam que o caráter interventivo da produção científica aproxima o programa de mestrado dos problemas do cotidiano em saúde (ALMEIDA et al, 2004). Mas resta-nos perguntar: que intervenção é essa? Se, por um lado, as pesquisas têm relação com

a prática, por outro, restringem-se a dados estatísticos e a metodologias quantitativas, excluindo-se, quase sempre, os sujeitos envolvidos no processo. Poucos são os trabalhos que abrem espaço para os usuários, gestores e profissionais, sendo que a maior parte dedica-se à avaliação de programas de curso.

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Nesta pesquisa, propusemo-nos a avaliar o Mestrado em Atenção à Saúde Coletiva da Universidade Federal do Espírito Santo a partir do discurso dos alunos de uma turma do curso. Compreendemos essa instituição de ensino como um conjunto articulado de saberes e práticas sobre a saúde. À medida que o movimento da Saúde Coletiva ganha força e se organiza, isso é também refletido no discurso que emerge dessa instituição.

Mantivemos uma postura genealógica que nos forneceu condições para perceber o jogo de forças que se produz no discurso desses alunos. Tal discurso é entendido como um campo de produção e reprodução de teorias e práticas, ora configurando-se como detentor da verdade, através da imposição de saber sobre o outro, negando a processualidade inerente ao humano, ora configurando-se como campo de possibilidades, aberto ao novo, no sentido de se projetar como um espaço emancipatório para a construção de formas mais dignas de vida.

Procuramos verificar, por meio da Análise do Discurso, as problemáticas/dificuldades enfrentadas pelos alunos em sua atuação nos serviços de Saúde Pública, as contradições ou pertinências entre os objetivos propostos pelo movimento da Saúde Coletiva e do programa de mestrado em questão e o discurso dos alunos - bem como avaliar em quais momentos e situações o aluno afirma a processualidade (sentido Ético) ou, ao contrário, a nega através da imposição de saber (sentido Moral).

O conjunto de forças em embate nessa configuração apontou para o predomínio de forças reativas, adaptativas, que negam a vida através da conservação e reprodução do modo existencial Moral. O discurso sobre o conhecimento científico permanece, ainda, ancorado aos moldes cientificistas - pautado na preocupação com a ordenação do caos, com a busca das verdades universais, baseada na neutralidade e em dados quantificáveis. O lugar de saber/poder do especialista é, constantemente, associado a esse conhecimento adquirido na academia, trazendo para o profissional o conforto e a segurança responsáveis pela sensação de eficácia da sua atuação. Os discursos apontam também a academia e a lógica de mercado capitalista como mantenedores dessa forma de conceber a construção do conhecimento.

Segundo Nietzsche (apud MACHADO, 1984), assim como a vida é concebida como vontade de potência, a ciência é concebida como vontade de verdade. Deste modo, para o autor, a lógica cientificista supõe o empobrecimento da vida como o imposto pela Moral Escrava. Predomina então, a negação da diferença, da criação e da atividade e valoriza-se a manutenção da igualdade e da necessidade que impedem a autonomia e reforçam a dependência (escavidão). A ciência é entendida pelo autor como uma construção humana não devendo ser reduzida a valores transcendentais como a lógica da superioridade da verdade em detrimento de outros saberes.

Os cursos de graduação foram considerados insuficientes para dar conta da realidade da área da Saúde e suas transformações. Por um lado, os alunos tecem críticas ao modelo educacional hegemônico, no qual predomina a separação teoria/

prática; por outro, revelam a necessidade de apoiarem-se em conteúdos/teorias/técnicas que ensinem/orientem como deve ser sua atuação. Ao mesmo tempo, essa separação entre conteúdos acadêmicos e prática nos serviços resultou em sentimentos de impotência e angústia quando os profissionais se deparam com o enfrentamento de problemáticas que estão para além das questões do adoecimento, como a miséria, a violência e a exclusão social. Isso aponta para a necessidade de se estimular, já na graduação, o debate sobre questões de ordem política e econômica. Barros (2006) critica a separação entre competência técnica e compromisso político/social/econômico bem como entre teoria e prática, afirmando que separações desse tipo servem apenas para dificultar a inventividade nos processos de trabalho.

A formação desses alunos reflete o modelo educacional hegemônico pautado na racionalidade técnico/científica caracterizada pelo dogmatismo e crença na verdade. Para Foucault (2002) o saber adquirido na formação acadêmica é uma verdade alimentada em um certo momento histórico, já o poder opera por meio de discursos produzindo e reproduzindo essas verdades. Essa relação saber/poder sustenta a moral dominante em nossa sociedade atendendo as necessidades capitalistas de produtividade, capacitação e especialização. Dessa forma, as falas dos alunos sobre sua formação de graduação apontam para forças em embate nessa configuração em que ora emergem críticas e questionamentos, ora há uma mera reprodução de verdades e imposição de saber sobre o outro.

Os discursos sobre as práticas nos serviços de saúde mostram a predominância da reprodução dos especialismos em lugar da produção coletiva. Ainda que existam

tentativas de reagrupar saberes especializados que dêem conta da complexidade do campo da Saúde, sobrepõe-se a dificuldade de se despir de um saber constituído atrelado à sensação de poder e controle sobre si e sobre o outro. A desmonopolização do conhecimento sobre saúde tende a se fazer por outros saberes tão autoritários quanto o biomédico. Desse modo, os saberes não oficiais, como os dos usuários, continuam sendo negados ou desconsiderados. O desprezo pelo conhecimento advindo de outras experiências impede a produção conjunta entre as pessoas. De modo geral, prevalecem posturas nas quais acontecem trocas, mas não há produção de um conhecimento/ação gerado no encontro e que está para além dos saberes especialistas.

Os motivos que levam à procura por um mestrado estão relacionados com a importância concedida à qualificação profissional e com o aval cientificista que asseguram as práticas em saúde. Os alunos buscam por um curso “técnico” – como fazer – mais que por um espaço de produção de conhecimento e reflexão crítica sobre a realidade vivida.

O Mestrado em Atenção à Saúde Coletiva, comprometido com os princípios do movimento da Saúde Coletiva, tem tido dificuldades em romper de forma mais efetiva com o modelo de saúde tradicional sustentado pela Saúde Pública. Desse modo, observamos nos discursos dos entrevistados desconhecimento quanto às propostas forjadas pelo campo da Saúde Coletiva. A concepção de saúde, embora pareça ser bastante discutida no curso, não se efetiva nos discursos sobre as práticas cotidianas, parecendo ser um conceito esvaziado de sentido; assim como também o são as concepções de interdisciplinaridade e multidisciplinaridade. Essas

concepções estão entre os objetivos descritos pelo programa de mestrado; no entanto, também não se efetivam. Além disso, a produção de conhecimento é focada em metodologias quantitativas e dados estatísticos e submetidas à lógica produtiva que, incorporada pela academia, leva à exigência de maior produtividade e excelência.

De modo geral, o mestrado não dá suporte aos debates e construções de outros modos de pensar/fazer em saúde; os alunos criticam a lógica de aceleração e cobranças que diminui os espaços de encontro e que inviabiliza ainda mais a possibilidade de construção de um conhecimento coletivo.

Contudo, forças ativas, plásticas, que afirmam a vida autônoma e sua processualidade, também emergem dos discursos dos alunos entrevistados. É possível identificar práticas instituintes que se impõem como resistências aos modelos cristalizados. Quando esses alunos se angustiam, criticam, sofrem ou se emocionam com os acontecimentos cotidianos, se aproximam de uma postura ética. A predominância de um discurso moralizante não nega o valor das conquistas já efetivadas no campo da Saúde. Exercer um pensamento ético, contudo, significa colocar em análise tais configurações para que não se cristalizem, implicando sempre em novas experimentações.

Para que o compromisso da Saúde Coletiva se efetive será preciso criar espaços de discussão que coloquem em análise processo complexos como o da formação e prática profissionais. Vistas por tanto tempo como espaços estanques tornou-se difícil tarefa vê-las como unas. O espaço de formação em Saúde Coletiva, que a

cada dia expande-se em pós-graduações de todos os tipos ou capacitações, não deve ser visto como apenas como um divulgador de novos conceitos como o de saúde/doença, interdisciplinaridade, integralidade entre outros. É preciso resgatar o compromisso com a transformação social e isso somente será efetivado com a mudança nas relações para posteriormente resultar numa mudança de paradigma. Se os espaços de graduação e pós-graduação refletem modelos fechados e estereotipados, ainda que com belos conceitos, produzirão também práticas retrógradas.

Construir um conhecimento coletivo remete a abertura para o novo, como por exemplo, garantir espaços de interlocução entre servidores da saúde e a academia que não precisem estar separados em mestrado profissional e mestrado acadêmico como se um e outro fossem de espécies diferentes. Seria talvez levar o conhecimento produzido pela comunidade até a academia entendendo-o como outra forma de conhecimento tão válido quanto o científico. Ou quem sabe estar aberto a experimentações desmontando a idéia de que a formação nos oferecerá fórmulas prontas para sem aplicadas. Acima de tudo compreender que à Saúde Coletiva não cabe trazer respostas mas apontar caminhos para novos possíveis.

9 REFERÊNCIAS

- 1 ALMEIDA, M.C.P.de. O conhecimento produzido no programa de mestrado de enfermagem em saúde pública da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto-USP e suas relações com as práticas de saúde. **Rev. Latino Americana Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 8, n. 5, p. 91-96, Out. 2000.
- 2 ALMEIDA, M.C.P. et al. Perfil da demanda dos alunos da pós-graduação *stricto sensu* da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, da Universidade de São Paulo. **Rev. Latino Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.12, n.2, p. 153-61,mar./abr. 2004.
- 3 ANDRADE, A. N. de.; ARAUJO, M. D. de. Paradoxos das Políticas Públicas: programa de saúde da família. In: TRINDADE, Z. A.; ANDRADE, A. N. de. (Org.). **Psicologia e Saúde: um campo em construção**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2003. p.73-88.
- 4 ANDRADE, A. N. de. Avaliação Genealógica. In: MENANDRO, P.R.; TRINDADE, Z. A.; BORLOT, E. B. (Org.).**Pesquisa em Psicologia: Recriando Métodos**. Vitória: Edufes, 1999, p.37-42.
- 5 ANDRADE, A. N. de. Oficinas de Criatividade - deslocamento e com-posições. (aceito, no prelo). In: CUPERTINO.C. (Org.). **Espaços de Criação**. São Paulo: Arte e Ciência, 2006, p. 1-23.
- 6 ANDRADE, A. N. de. Práticas Psicológicas, Epistemicídio e Unidades Básicas de Saúde. (aceito, no prelo). **Revista Psicologia Política**, UFMG, Belo Horizonte, 2007.
- 7 ARAGÃO, E. M.; BARROS, M. E. B. B.; OLIVEIRA, S. P. de. Falando de metodologia de pesquisa. **Estudos e Pesquisas em Psicologia**, Rio de Janeiro, v.5, n. 2, p. 25-35, 2005.
- 8 ARALDI, C. L. **Niilismo, Criação, Aniquilamento: Nietzsche e a filosofia dos extremos**. São Paulo: Injuí, 2004.
- 9 ARAUJO, I. L. **Foucault e a crítica do sujeito**. Curitiba: UFPR, 2000.
- 10 ARAUJO, M. D. **O cotidiano de uma equipe do Programa de Saúde da Família: um olhar genealógico sobre o controle social**. 2005. Tese (Doutorado em Psicologia) – Programa de Pós-graduação em Psicologia. Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, 2005.
- 11 ARENTD, H. **A Condição Humana**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 10 ed., 2005.

- 12 ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS. **NBR 6023: 2002** - informação e documentação – referências – elaboração. Vitória, 3 ed. 2005.
- 13 AXT, M. O pesquisador frente à avaliação na pós-graduação: em pauta novos modos de subjetivação. **Psicologia e Sociedade**, São Paulo, v. 1, n.16, p. 69-85, 2004.
- 14 AZEREDO, V. D. de. **Nietzsche e a dissolução da Moral**, São Paulo: Injuí, 2000.
- 15 BARROS, M. E. B. de; OLIVEIRA, S. P. de.; OLIVEIRA, S. L. C. de.; Coletivo e Singularidade: vias que se excluem? In: BARROS, M. E. B. de (Org.). **Psicologia: Questões Contemporâneas**. Vitória: Edufes, 1999. p. 95-124.
- 16 BARROS, M. E. B. de. Analista contratado: algumas questões, alguns riscos. In: BARROS, M. E. B. de (Org.). **Psicologia: Questões Contemporâneas**. Vitória: Edufes, 1999. p. 125-144.
- 17 _____. Desafios ético-políticos para formação dos profissionais de saúde: transdisciplinaridade e integralidade. In: PINHEIRO R.; CECCIM R. B.; MATTOS, R. A. de. (Org.). **Ensinar Saúde: a integralidade e o SUS nos cursos de graduação na área da Saúde**. Rio de Janeiro: ABRASCO, 2006. p.131-150.
- 18 BENEVIDES, R.; PASSOS, E. A Humanização como dimensão pública das políticas de saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.10, n.3, 2005.
- 19 BIRMAN, J. A physis da saúde coletiva. **Physis - Revista de Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 1, n 1, p. 11-16,1991.
- 20 BRASIL, Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, Projeto Promoção da Saúde. **Declaração de Alma-Ata**. Conferência Internacional sobre cuidados primários de saúde; 6-12 de setembro 1978; Alma-Ata; USSR. Brasília, 2001. Disponível em < <http://www.opas.org.br/coletiva/uploadArq/Alma-Ata.pdf>> Acesso em: 10 dez. 2006.
- 21 BRASIL, Ministério da Educação, Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior. **Plano Nacional de Pós-graduação (PNPG) 2005-2010**, Brasília, dez. 2004. Disponível em < <http://www.capes.gov.br>> Acesso em: 9 out.2006.
- 22 BRASIL, Leis n. 8.080 e 8.142, de 1990. Estabelece a Lei Orgânica da Saúde. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília,1990. Disponível em: < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8080.htm >. Acesso em 06 jan. 2007.
- 23 BRUM, J. T. **Nietzsche – As artes do intelecto**. Porto Alegre: L&PM, 1986.
- 24 CAMPOS, G. W. S. O anti-taylor: sobre a invenção de um método para co-governar instituições de saúde produzindo liberdade e compromisso. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.14, n.4, p. 215-232, 1998.

- 25 _____. *Saúde Pública e Saúde Coletiva*. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.5, n.2, p. 216-230, 2000.
- 26 CANGUILHEM, G. **O normal e o Patológico**, 5. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2002.
- 27 CHIORO, A.; SCAFF, A. **A implantação do Sistema Único de Saúde**. [199-].
- 28 COIMBRA, C.; LEITÃO, M. B. S. Das essências às multiplicidades: especialismo psi e produções de subjetividades. **Psicologia e Sociedade**, Porto Alegre, v.15, n.2, p. 6-17, jul/dez. 2003.
- 29 COSTA, J. F. **Ordem Médica e Norma Familiar**. Rio de Janeiro: Graal.1983.
- 30 DIMENSTEIN M.; O psicólogo nas Unidades Básicas de Saúde: desafios para a formação e atuação profissionais, **Estudos de Psicologia**, Natal, v.3, n.1, p. 53-81, 1998.
- 31 _____. (Des) Caminhos da formação profissional do psicólogo no Brasil para a sua atuação no campo da Saúde Pública. **Revista do Departamento de Psicologia - UFF**, Rio de Janeiro, v. 11, n.1, p. 17-25, 1999
- 32 _____. O psicólogo e o compromisso social no contexto da saúde coletiva. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v.6, n.2, p. 57-63, jul/dez. 2001.
- 33 FISCHER, R. M. B. Foucault e a Análise do Discurso em educação. **Cadernos de Pesquisa**, São Paulo, n.114, p. 197-223, nov. 2001.
- 34 FOUCAULT, M. **Vigiar e Punir: história da violência nas prisões**. Petrópolis: Vozes, 25 ed. 2002.
- 35 _____. O nascimento da medicina social, In: _____. (Org.). **Microfísica do Poder**. Editora Graal: Rio de Janeiro, 18ª ed. 2003. p. 79-98.
- 36 _____. **A Arqueologia do Saber**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 7 ed. 2005.
- 37 GADELHA COSTA, S. S. De fardos que podem acompanhar a atividade docente ou de como o mestre pode devir burro (ou camelo). **Educação e Sociedade**, Campinas, v.26, n.93, p. 110-125, set./dez. 2005.
- 38 GALLO, E. Crise teórica e crise política – impactos na Saúde Coletiva. In: FLEURY, S. (Org.). **Saúde: Coletiva? Questionando a onipotência do social**. Rio de Janeiro: Relumê-Dumará, 1992. p. 67-74.
- 39 GREGÓRIO, D. A.; **Dissertações em Saúde Pública e Portarias do Ministério da Saúde: Estudos de uma Década Sob a Ótica do DeCS**. Dissertação (Mestrado em Ciências na área de Saúde Pública) Programa de Pós-graduação

em Saúde Pública. Fundação Oswaldo Cruz Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2002.

40

41 GUATTARI, F.; ROLNIK, S. **Micropolítica**: Cartografias do Desejo. Petrópolis: Vozes, 1996.

42 HECKERT, A. L. C. Os desafios da Educação na Contemporaneidade. In: SILVA, A. A.; BARROS, M. E. B. (Org) **Psicopedagogia: alguns Híbridos possíveis**. Vitória: UFES, 2000. p. 11-18.

43 HECKERT, A. L. C. Os processos de formação na atualidade. In: MACHADO; L. D.; LAVRADOR, M. C. C.; BARROS, M. E. B. de (Org.). **Texturas da Psicologia**: Subjetividade e Política no Contemporâneo. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2002. p. 69-76.

44 IYDA, M. **Cem anos de Saúde Pública**. São Paulo: UNESP, 1994.

45 KASTRUP, V. As políticas de cognição e o problema de aprendizagem. Palestra proferida na Semana de Psicologia da UFES, na mesa-redonda "Práticas Educacionais". Vitória, set. 1997.

46 KASTRUP, V. Políticas cognitivas na formação do professor e o problema do devir-mestre. **Educação e Sociedade**, Campinas, v. 26, n.93, p. 1273-1288, set/dez. 2005. Disponível em< <http://www.cedes.unicamp.br>> Acesso em: 24 set. 2006.

47 KOIFMAN, L.; SAIPPA-OLIVEIRA, G. Produção de conhecimento e saúde. In: PINHEIRO, R.; CECCIM, R. B.; MATTOS, R. A. de. (Org.). **Ensinar Saúde: a integralidade e os SUS nos cursos de graduação na área da saúde**. LAPPIS: Rio de Janeiro, 2006. p. 11-130.

48 _____. Integralidade no currículo de medicina: inovar/transformar, um desafio para o processo de formação. In: MARINS, J. J. et al (Org.). **Educação médica em transformação**: instrumentos para a construção de novas realidades. São Paulo: Hucitec, 2004, p. 143-164.

49 KUENZER, A. Z.; MORAES, M. C. M. Temas e tramas na pós-graduação em Educação. **Educação e Sociedade**, Campinas, v. 26, n. 93, p. 1341-1362, Set/Dez. 2005. Disponível em< <http://www.cedes.unicamp.br>> Acesso em: 24 set. 2006.

50 LABRA, M. E.; STRALEN, C. van; SCOCHI, M. J. A especialização em saúde pública no Brasil no período de 1982-1986. **Estudos de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 1, n. 5, p. 47-154, 1988.

51 LAVRADOR, M. C. Interfaces do saber psi. In: BARROS, M. E. B. de (Org) **Psicologia: Questões Contemporâneas**. Vitória: Edufes, 1999. p.15-58.

- 52 LUZ T. M. **As instituições médicas no Brasil-instituições e estratégia de hegemonia**. Rio de Janeiro: Edições Graal, 3 ed. 1986.
- 53 _____. Notas sobre as políticas de saúde no Brasil de “Transição Democrática” – anos 80. **Physis: Revista da Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.1, n.1, p. 27-32, 1991.
- 54 MACHADO, L. D. Ética. In: BARROS, M. E. B. de. (Org.). **Psicologia: Questões Contemporâneas**. Vitória: Edufes, 1999. p. 145-162.
- 55 MACHADO, R. **Ciência e Saber. A trajetória da Arqueologia de Foucault**. 2 ed. Rio de Janeiro: Graal, 1984.
- 56 MANCEBO, D. Indivíduo e Psicologia: Gênese e Desenvolvimento Atuais. In: JACÓ-VILELA, A. M.; MANCEBO, D. (Org.). **Psicologia Social: Abordagens Sócio-Históricas e Desafios Contemporâneos**. Rio de Janeiro: EDUERJ, 1999. p. 33-46.
- 57 MANSANO, S. R. V. Análise Institucional: relato de uma experiência com jovens. **Psicologia em Revista**, Belo Horizonte, v. 10, n. 14, p. 155-160, dez. 2003.
- 58 MARTINS, C. L.; **Desvelando a identidade da Pós-Graduação em Saúde Pública**. 1999. Tese (Doutorado em Saúde Pública). Programa de Pós-graduação em Saúde Pública.Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, São Paulo, 1999.
- 59 MARTON, S. **Nietzsche: a transvalorização dos valores**. São Paulo: Moderna. 1993.
- 60 MERHY, E. E. **O Capitalismo e a Saúde Pública**. Campinas: Papirus,1985.
- 61 MINAYO, M. C. S. de. Pós-graduação em Saúde Coletiva: um projeto em construção. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.2, n. ½, p. 53-71, 1997.
- 62 MINAYO, M. C. S.de; COSTA, P. S da. Rumos e desafios: encerrando um processo de avaliação da pós-graduação *stricto sensu* em Saúde Coletiva (1994-1997). **Ciência e Saúde Coletiva**. v.1, n.3, p. 83-93, 1998.
- 63 MINAYO, M. C. S; Estrutura e sujeito, determinismo e protagonismo histórico: uma reflexão sobre a práxis da saúde coletiva. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.6, n.1, p. 7-19, 2001.
- 64 MORIN, E. **Ciência com consciência**. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 8 ed., 2005.
- 65 NASCIMENTO, P. C. Democracia e Saúde: Uma perspectiva Arendtiana. In: FLEURY, S. (Org.). **Saúde Coletiva? Questionado a onipotência do social**. Rio de Janeiro: Relumê - Dumará, 1992. p.175-196.

- 66 NIETZSCHE, F. **Genealogia da Moral**. São Paulo: Escala. Coleção Grandes Obras do Pensamento Universal – 20, 2000.
- 67 NOGUEIRA, R. P. A segunda crítica social da saúde de Ivan Illich. **Interface – Comunicação, Saúde e Educação**, Botucatu, v.7, n.12, p. 185-190, fev. 2003.
- 68 NUNES, E. D. Saúde Coletiva: revisitando sua história e os cursos de pós-graduação. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.1, n.1, p. 13-25, 1996.
- 69 _____. Pós-graduação em Saúde Coletiva no Brasil: Histórico e perspectivas. **Physis: Revista da Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n.1, p. 13-38, 2005.
- 70 NUNES, T. M. C. M. A. **Especialização em Saúde Pública e os serviços de saúde no Brasil de 1970 a 1989**. 1998. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Programa de Pós-graduação em Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz-Fiocruz Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 1998.
- 71 PAIM, J. S.; ALMEIDA FILHO, N. de. **A crise da Saúde Pública e a utopia da Saúde Coletiva**. Salvador: Casa da Qualidade Editora, 2000.
- 72 QUEIROZ, M. S. de. O paradigma mecanicista da medicina ocidental moderna: uma perspectiva antropológica. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 20, n.4, p. 309-317, 1986.
- 73 ROCHA, M. L. da.; ROCHA, D. Produção de conhecimento, práticas mercantilistas e novos modos de subjetivação. **Psicologia e Sociedade**, Porto Alegre, v. 1, n.16, p.13-36, 2004.
- 74 ROLNIK, S. Pensamento, corpo e devir. Uma perspectiva ético/estético/política no trabalho acadêmico. **Cadernos de Subjetividade**, São Paulo, v.1, n. 2, 1993. p. 1-15
- 75 _____. Cidadania e alteridade: o psicólogo, o homem da ética e a reinvenção da democracia. In: SPINK, M. J. P. (Org.). **A cidadania em construção**. São Paulo: Cortez. 1994. p. 157-176.
- 76 SÁ, D. T.; SIQUEIRA, V. H.; MARTELETO, M. A.; Demanda e clientela multiprofissional: influências e desafios para um Mestrado em Tecnologia Educacional nas Ciências da Saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 15 (Sup. 2), p. 45-53, 1999.
- 77 SAWAIA, B. B. O Sentido Ético-Político da Saúde na Era do Triunfo da Tecnologia e do Relativismo. In: GOLDENBERG, P.; MARSIGLIA, R. M. G. E.; GOMES, M. H. A. (Org.). **O Clássico e o Novo: tendências, objetos e abordagens em ciências sociais e saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz. 2003. p. 131-156.
- 78 SILVA JUNIOR, N. G. S. **"É Melhor pra você!": Uma análise sócio-histórica sobre a normatização social da infância e da família no Brasil**. 2003.

Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Programa de Pós-graduação em Psicologia. Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, 2003.

- 79 SCHIMIDT, M. L. S. Políticas Públicas e Saúde Mental, In: TRINDADE, Z. A.; ANDRADE, A. N. de. (Org.). **Psicologia e Saúde: um campo em construção**. São Paulo: Casa do Psicólogo. 2003. p. 55-72.
- 80 SIMÕES R. H. S. Produção de conhecimento, práticas mercantilistas e novos modos de subjetivação. **Psicologia e Sociedade**, Porto Alegre, v. 1, n.16, p. 124-134, 2004.
- 81 SIQUEIRA, B. P; A Propósito do Protagonismo da área da Saúde Coletiva. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 1, p. 20-47, 2001.
- 82 SPOSATI, A.; LOBO, E. Controle social e políticas de saúde. **Cad. de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 4, p. 366-378, out./dez. 1992.
- 83 TRAVERSO-YÉPEZ, M.; A Interface Psicologia Social e Saúde: perspectivas e desafios, **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 6, n. 2, p. 49-56, jul./dez. 2001.
- 84 TESSER, C. D. Medicalização Social: o excessivo sucesso do epistemicídio moderno na saúde. **Interface – comunicação, saúde e educação**, Botucatu, v.10, n.19, p. 33-42, jan./jun. 2006.
- 85 UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO. Programa de Pós-graduação em Atenção à Saúde Coletiva. **Histórico**. Disponível em <<http://www.prppg.ufes.br/ppgasc>> . Acesso em: 10 mar. 2006.9
- 86 VEIGA-NETO, A. **Foucault e a Educação**. Belo Horizonte: Autêntica, 2003.
- 87 ZANELLA, A. V. Produção de conhecimento, práticas mercantilistas e novos modos de subjetivação. **Psicologia e Sociedade**, Porto Alegre, v. 1, n.16, p. 135-145, 2004.
- 88 ZORZANELLI, R. T. Da Criação de Conceitos à Criação de Si: pequena contribuição para outros olhares sobre os “problemas de aprendizagem”. In: SILVA. A. A; BARROS, M. E. B. (Org.). **Psicopedagogia: alguns Hibridismos possíveis**. Vitória: UFES, 2000. p. 287-296.

APÊNDICE A

**Modelos do Termo de Consentimento dos entrevistados e
autorização do Programa de Mestrado em Atenção à Saúde
Coletiva**

TERMO DE CONSENTIMENTO

Concordo em participar do projeto de pesquisa abaixo discriminado, nos seguintes termos:

Projeto: Saberes e Fazeres – O discurso institucional do Mestrado em Atenção a Saúde Coletiva. Vitória/ES

Responsável: Roberta Scaramussa da Silva

Orientador: Ângela Nobre de Andrade

Instituição: Universidade Federal do Espírito Santo

Objetivo da pesquisa

Pretendemos, com este estudo, analisar o discurso institucional produzido no Programa de Atenção a Saúde Coletiva e perceber em que medida esse discurso está presente na fala dos profissionais/alunos desse programa sobre suas práticas cotidianas nos serviços de saúde pública.

Descrição dos procedimentos em que o participante estará presente

Serão realizadas entrevistas individuais com os participantes abordando aspectos relativos a influência do mestrado em seu cotidiano profissional. O nome do participante não constará nos relatos utilizados, sendo o mesmo substituído por nome fictício.

Benefícios esperados

Os resultados da pesquisa serão divulgados em congressos e por meio de publicação de artigos em periódicos especializados, contribuindo para a ampliação do corpo de conhecimentos que se tem produzidos sobre a Formação na área da Saúde, principalmente no que diz respeito aos programas de Pós-graduação em Saúde Coletiva. Esperamos que os resultados possam gerar subsídios que contribuam para uma maior efetividade desses programas.

Identificação do participante

Nome: _____

RG: _____ Órgão emissor: _____

Estando assim de acordo, assinam o presente termo de compromisso em duas vias.

Participante

Roberta Scaramussa da Silva

Vitória, _____ de _____ de 2006.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

Vitória, 07 de Março de 2006

Eu, Roberta Scaramussa da Silva, aluna do Mestrado do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal do Espírito Santo (matrícula nº2005130558), venho por meio desta solicitar à direção do Programa de Pós-Graduação em Atenção à Saúde Coletiva, autorização para execução de procedimentos de coleta de dados para minha dissertação, cujo título provisório é “Saberes e práticas – O Discurso Institucional produzido no mestrado em Saúde Coletiva.” Tal procedimento de coleta de dados consiste na realização de entrevistas individuais com alunos finalistas (que estão para defender sua dissertação) e que atuem como profissionais da área da saúde. Também será realizada uma coleta documental (dissertações produzidas, áreas pesquisadas, ementa das disciplinas etc). A escolha do Programa em Atenção à Saúde Coletiva como campo de pesquisa se deu em função do mesmo ser o único Mestrado em Saúde Coletiva do Estado do Espírito Santo, fornecendo assim um campo fértil para a ampliar a compreensão a respeito da formação na área da saúde.

Desde já me coloco à disposição para quaisquer outros esclarecimentos que se fizerem necessários.

Atenciosamente,

Roberta Scaramussa da Silva
(aluna do Mestrado em Psicologia)

Ângela Nobre de Andrade
(Orientadora do Mestrado em Psicologia)

Paulo Rogério Meira Menandro
(coordenador do Mestrado em Psicologia)

Programa de Pós-Graduação em Atenção à Saúde Coletiva

This document was created with Win2PDF available at <http://www.win2pdf.com>.
The unregistered version of Win2PDF is for evaluation or non-commercial use only.
This page will not be added after purchasing Win2PDF.